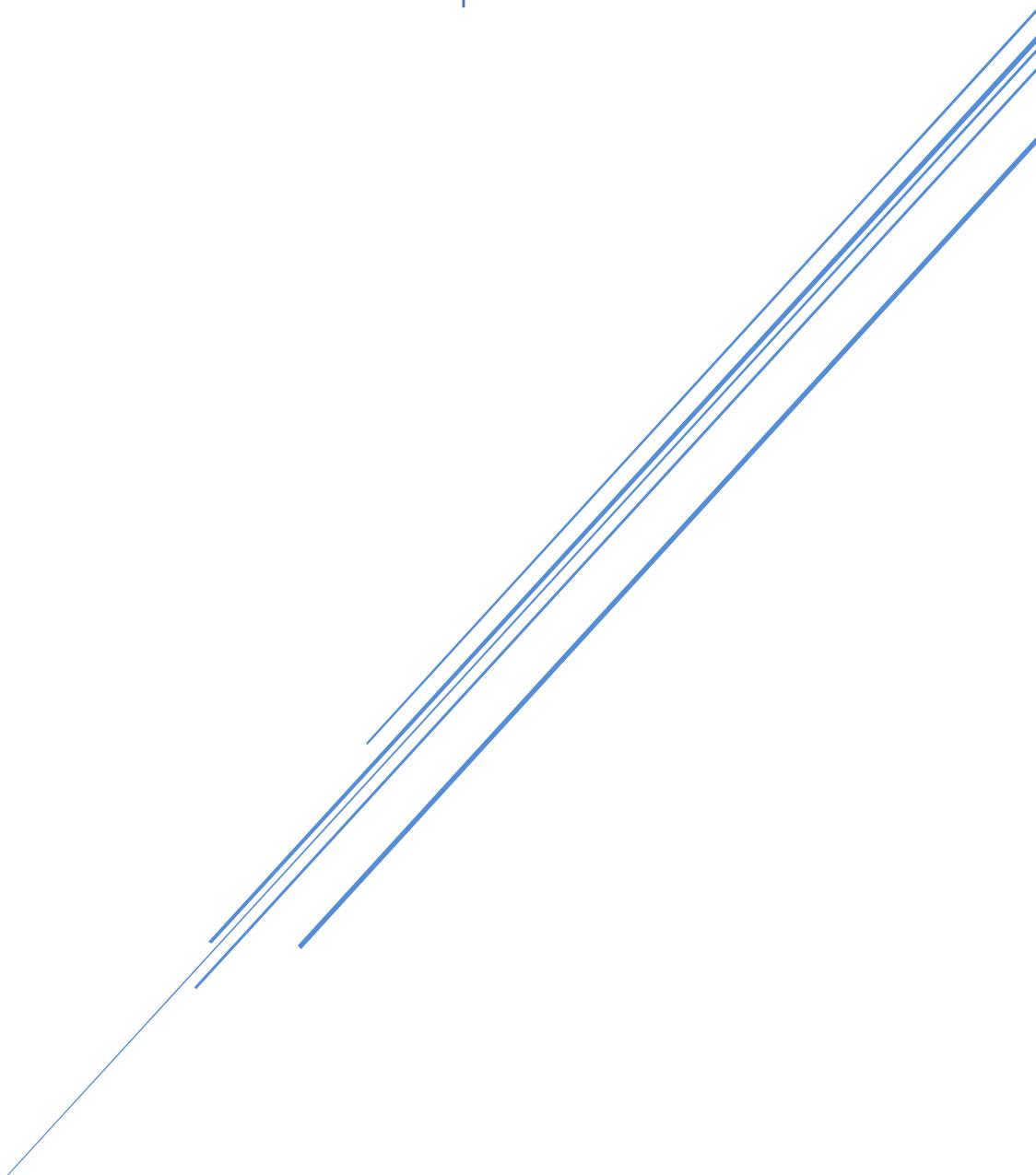


# FONDS DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS

Evaluation des projets visant à outiller les professionnels  
financés par le FLCA



Le présent document a été réalisé à partir des travaux menés par les cabinets Planète Publique et CEMKA.

# Rapport d'évaluation

Janvier 2024

# TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS .....	4
<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
1.1 Contexte et enjeux.....	5
1.1.1 Le fonds de lutte contre les addictions .....	5
1.1.2 L'outillage des professionnels au sein des projets financés par le FLCA .....	5
1.1.3 Les enjeux de l'évaluation demandée .....	6
1.2 Cadre d'analyse et référentiel .....	7
1.2.1 Périmètre des projets étudiés.....	8
1.2.2 Finalités de la démarche .....	8
1.2.3 Cadre d'analyse adopté.....	8
1.2.4 Questionnement évaluatif et référentiel d'évaluation.....	9
<b>2. METHODES .....</b>	<b>11</b>
2.1 Phase de cadrage .....	11
2.2 Phase exploratoire .....	12
2.3 Phase d'approfondissement.....	14
2.4 Phase de consolidation et de montée en généralité .....	14
<b>3. BILAN EVALUATIF DES 15 PROJETS ETUDES .....</b>	<b>15</b>
3.1 [Pertinence] Le projet-outil répond-il à un besoin et comble-t-il un manque ? Le projet-outil s'inscrit-il dans une priorité de santé publique établie ? .....	18
3.2 [Cohérence externe] Le projet-outil est-il conçu en complémentarité de l'existant ? Le projet-outil s'inscrit-il dans une stratégie de diffusion collective ? .....	22
3.3 [Cohérence interne] Le choix des outils s'inscrit-il dans une démarche à la fois pragmatique et fondée sur les données probantes ? .....	25
3.4 [Cohérence interne] La démarche d'élaboration et d'implantation des outils était-elle appropriée ? .....	28
3.5 [Effectivité] L'outil s'est-il bien implanté ? .....	32
3.6 [Efficacité] L'outil a-t-il produit les effets attendus ? Des caractéristiques intrinsèques des outils ont-elles maximisé la production des effets du projet ? .....	36
3.7 [Cohérence externe] Le projet-outil s'inscrit-il dans une stratégie de diffusion collective (au-delà de sa seule mise en œuvre) ? .....	38
3.8 [Efficience et durabilité] Les moyens engagés sont-ils justifiés et soutenables ? Le projet-outil s'inscrit-il dans la durée ? .....	40
<b>4. CARTOGRAPHIE DES PROJETS D'OUTILLAGE.....</b>	<b>45</b>
4.1 Projets nationaux .....	45
4.2 Projets régionaux .....	47

<b>5.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>51</b>
<b>6.</b>	<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>53</b>
6.1	Recommandations en vue d'améliorer le cadre global de pilotage et soutien des projets d'outillage des professionnels.....	53
6.2	Recommandations en vue d'améliorer la sélection et le soutien des projets d'outillage des professionnels.....	54
<b>7.</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>59</b>
7.1	Référentiel d'évaluation .....	59
7.1.1	Outilage au service d'objectifs de politique publique .....	59
7.1.2	Outilage comme composante d'interventions.....	61
7.1.3	Outilage comme principe actif.....	63
7.2	Entretiens réalisés en phase de cadrage .....	63
7.2.1	Entretiens réalisés avec les représentants d'institutions nationales .....	63
7.2.2	Entretiens réalisés avec les référents en ARS .....	64
7.3	Experts mobilisés dans le cadre du panel.....	65

## ABREVIATIONS

AAP .....	Appel à projet
AMI .....	Appel à manifestation d'intérêt
ARS.....	Agence régionale de santé
Cnam .....	Caisse nationale de l'assurance maladie
DGOS .....	Direction générale de l'offre de soins
FLCA.....	Fonds de lutte contre les addictions
Fnes .....	Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé
Mildeca.....	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MSP .....	Maison de santé pluriprofessionnelle
PDL.....	Pays-de-la-Loire
PNLT .....	Programme national de lutte contre le tabagisme
PNMA .....	Plan national de mobilisation contre les addictions
RPIB .....	Repérage précoce et l'intervention brève
RDR .....	Réduction des Risques
TNS .....	Traitements nicotiniques de substitution

# 1. Introduction

Les cabinets Planète Publique et CEMKA ont été mandatés par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), au nom du comité technique du fonds de lutte contre les addictions (FLCA), pour la réalisation d'une *prestation d'évaluation des projets financés par le fonds visant à outiller les professionnels pour leur formation et leurs pratiques de repérage et de prise en charge des addictions*.

Ce document constitue le rapport final de cette étude. Il présente le contexte et les enjeux de la démarche ainsi que le cadrage réalisé pour préciser le questionnement et orienter les travaux. Après le rappel de la méthode (initialement détaillée dans le protocole d'évaluation finalisé en mars 2023) et de sa mise en œuvre, il apporte les réponses par axe d'évaluation et propose des recommandations visant à faire évoluer le processus de sélection de futurs projets d'outillage des professionnels en réponse aux besoins et à améliorer le cadre national et régional de proposition d'outils en soutien des pratiques des professionnels.

## 1.1 Contexte et enjeux

Dans cette partie, des éléments identifiés lors de la phase de cadrage de la démarche sont restitués. Ils ont été mis en exergue lors des entretiens réalisés à cette étape pour préciser le contexte de l'étude et en pointer les principaux enjeux. Il ne s'agit pas de résultats.

### 1.1.1 Le fonds de lutte contre les addictions

Le FLCA constitue un cadre stratégique de financement des actions de lutte contre les addictions, au sein duquel convergent l'ensemble des financements en matière de lutte contre les conduites addictives. Il a été instauré en 2019, à la suite du fonds de lutte contre le tabac créé en 2016 au sein de la Cnam. D'abord ciblé sur les addictions liées aux substances psychoactives, le périmètre du FLCA a été élargi aux addictions sans substance en 2022.

Le FLCA permet le financement d'actions et d'opérations de lutte contre les addictions à différentes échelles territoriales, en cohérence avec les orientations du programme national de lutte contre le tabagisme (PNLT) 2018-2022 et du plan national de mobilisation contre les addictions (PNMA) 2018-2022, soit directement soit au travers des enveloppes dédiées à la mise en œuvre d'appels à projets, conduits par la Cnam et les agences régionales de santé (ARS).

Les instances de gouvernance stratégique et opérationnelle du FLCA définissent chaque année des priorités de financement, en s'appuyant sur les bilans et enseignements disponibles. Pour aiguiller ce travail programmatique, elles peuvent s'appuyer sur la conduite d'évaluations réalisées sur des thématiques ciblées.

### 1.1.2 L'outillage des professionnels au sein des projets financés par le FLCA

En soutien de la structuration de l'offre de soins et de l'amélioration des pratiques de repérage et de prise en charge des addictions, *l'outillage des professionnels* est identifié comme un des leviers à la fois pour le développement de compétences individuelles et collectives et pour la structuration de la pratique clinique quotidienne.

S'il ne s'agit pas d'une dimension explicitement mise en exergue dans le cadre des appels à projet, l'outillage des professionnels constitue un enjeu transversal, source de questionnements récurrents : justification de projets différents, multiplication des outils créés (pouvant soulever une interrogation sur les risques de redondance), utilisation effective des outils nécessitant d'être confirmée.

Dans sa commande, le FLCA a identifié une série de questions et de critères d'évaluation à prendre en compte, portant sur la pertinence (réponse aux besoins, plus-value par rapport à un manque...), la cohérence externe (prise en compte de l'existant, intégration aux contextes de pratique des professionnels...), la cohérence interne

(intégration des outils dans le projet plus global...), l'effectivité (démarches de conception des outils et d'implantation...), l'efficacité (effets produits, apports...), l'efficience et la durabilité des projets d'outillage.

Certains groupes professionnels ont été identifiés comme étant des cibles prioritaires en matière d'outillage des pratiques : professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours, équipes des structures de soins spécialisées en addictologie (ambulatoires ou hospitalières), autres professionnels de santé, professionnels du secteur médico-social.

### 1.1.3 Les enjeux de l'évaluation demandée

La consultation d'un ensemble de parties prenantes durant la phase de cadrage a permis de mettre en exergue plusieurs enjeux de la démarche d'évaluation à conduire.

**La notion d'outillage est polysémique**, elle est susceptible de couvrir des réalités multiples : outil matériel ou immatériel, conception large au sens de « ressource », voire inclusion du cadre organisationnel et méthodologique... La définition d'un périmètre de projets correspondant à l'objet de l'évaluation était donc indispensable, même si l'hétérogénéité des projets demeure importante au sein-même de ce périmètre.

Pour une partie des acteurs, un outil doit être considéré comme **un simple moyen** mis en œuvre au service d'un projet, il ne constitue pas une finalité en soi. Les objectifs sont portés par le projet et non l'outil, le caractère probant et la valeur des résultats produits sont attribués à l'intervention dans sa globalité et non à l'outil considéré isolément. Dans cette perspective, un outil donné pourrait ainsi s'avérer efficace dans un projet A, et inefficace dans un projet B, de même que la notion d'outils « clé-en-main » serait considérée comme potentiellement trompeuse, car négligeant la démarche à conduire autour de l'outil. D'autres acteurs portent un intérêt particulier vis-à-vis d'outils d'une certaine nature, **susceptibles d'avoir des caractéristiques propres**, à documenter dans le cadre de l'évaluation : médias sociaux, plateformes numériques...

La valeur d'un outil tient notamment au fait que sa sélection ou sa conception s'inscrive dans **une démarche fondée sur les données probantes** (évaluation antérieure, appui sur des modes d'actions documentés...), ce qui incite à s'intéresser à la capacité des porteurs de projets à rechercher et à s'approprier les résultats de la littérature dans ce domaine, ainsi qu'à s'appuyer sur des expériences antérieures documentées.



Il a été proposé d'adopter une **acceptation large de la notion de données probantes**, telle que proposée par la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes)<sup>1</sup> en matière d'interventions en promotion de la santé, incluant les données scientifiques, les recommandations, les résultats d'évaluations et de démarches de capitalisation, comprenant donc également les savoirs issus de l'expérience des professionnels et des publics.

Plus globalement, la sélection ou l'élaboration d'un outil est supposée **s'inscrire dans une démarche projet** dont l'ingénierie et les bonnes pratiques sont essentielles : association des acteurs concernés pour s'assurer de la réponse aux besoins et favoriser la bonne appropriation de l'outil, mobilisation de compétences spécifiques (appui méthodologique, partenaires expérimentés dans le domaine d'intervention...). Sur ce plan, les missions d'appui recrutées par les ARS peuvent, pour certaines, avoir une mission de soutien méthodologique auprès des porteurs de projets, visant notamment la bonne conception et la bonne mise en œuvre des projets. Un succès variable était toutefois noté d'une agence à une autre.

Quatre publics professionnels prioritaires ont été identifiés, avec leurs enjeux propres :

- Les **professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours**, placés dans une position opportune du point de vue du repérage des addictions, compte tenu de leur contact avec une large population, en proximité. Chez ces professionnels, des bonnes pratiques ont été reconnues et font l'objet de recommandations, telles que le

<sup>1</sup> HAMANT Chloé, DECLEUSE Timothée et FERRON Christine, *Les données probantes en promotion de la santé : de leur production à leur utilisation dans la mise en œuvre d'interventions complexes. Note pédagogique*, Aubervilliers, Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé, 2022, <https://www.fnes.fr/publications-des-ireps/note-pedagogique-les-donnees-probantes-en-promotion-de-la-sante>.

repérage précoce et l'intervention brève (RPIB), mais elles resteraient insuffisamment mises en œuvre. L'élargissement du droit de prescription des traitements nicotiniques de substitution (TNS) aux professions paramédicales constitue un levier jugé pertinent, qui nécessiterait encore, néanmoins, une meilleure appropriation des pratiques associées à cette prescription.

- Les **professionnels spécialistes des addictions**, chez qui une hétérogénéité des pratiques est évoquée.
- Les **autres professionnels de santé** confrontés à la question des addictions dans des contextes de pratiques spécifiques, nécessitant un appui adapté : professionnels intervenant dans l'accompagnement périnatal, professionnels des urgences...
- Les **autres professionnels confrontés à des populations vulnérables vis-à-vis des addictions**, ou en position de contribuer aux actions de prévention et d'accompagnement des personnes touchées : personnels de l'éducation auprès des jeunes, professionnels des secteurs médico-social et social auprès des publics handicapés ou socialement défavorisés, milieux festifs...

Au-delà de l'identification de certains groupes professionnels, **la coordination** des différents acteurs travaillant autour de publics communs a été identifiée comme un enjeu supplémentaire, pour un travail en synergie au service des parcours des usagers.

Enfin, des questions de stratégie plus générales, à une échelle englobant les projets d'outillage des professionnels, ont été soulevées :

- Au niveau régional, en matière de lutte contre les addictions, la sélection et l'appui des projets par l'ARS s'intègrent dans **un travail d'animation territoriale**, qui comporte ses enjeux propres : définition d'orientations propres et adaptation au contexte local, appui sur certaines compétences spécifiques (méthodologie, conduite de projet...) et soutien d'acteurs clés, recherche d'une cohérence entre les projets ainsi que dans le temps...
- Le **fonctionnement par appel à projets** (AAP) présenterait des inconvénients pouvant pour partie être évités dans le cadre d'un conventionnement direct en vue du soutien de projets d'outillage : une moindre place pour la co-construction entre financeur et porteur, une « prime à la nouveauté » ne favorisant pas la consolidation de l'existant, la mise en concurrence des acteurs plutôt que la planification et la répartition des travaux, l'enfermement d'un outil créé dans le cadre d'un projet pouvant limiter sa diffusion ultérieure.
- En amont de la production de nouveaux outils, **une identification des besoins et un travail de priorisation** pourraient être réalisés à une échelle plus collective.
- En aval, se pose régulièrement **la question de la pérennisation et du passage à l'échelle** d'un outil nouvellement créé. Plus globalement, et en particulier du fait d'une certaine profusion pouvant faire perdre en lisibilité, des travaux de capitalisation, centralisation, hiérarchisation et recommandation mériteraient d'être conduits.

## 1.2 Cadre d'analyse et référentiel

À la lumière du cahier des charges, de l'analyse des documents, des constats issus des discussions et entretiens initiaux, un cadre et une méthode de travail ont pu être construits. La démarche a été conçue comme progressive, avec plusieurs phases (cf. Figure 1 ci-dessous) :

1. **Phase de cadrage**,
2. **Phase exploratoire** avec des entretiens, l'analyse des documents disponibles et de 4 projets,
3. **Phase d'approfondissement** avec l'analyse de 11 autres projets,
4. **Phase de consolidation** et de montée en généralité, avec production de recommandations.



Figure 1. Vision d'ensemble de la méthodologie avec phase et livrables

### 1.2.1 Périmètre des projets étudiés

L'évaluation a été conduite sur un périmètre de projets défini de la façon suivante :

- Compte tenu des dynamiques de priorisation, de sélection et de soutien propres à chaque échelle territoriale, des projets sélectionnés aux niveaux **national** et **régional** ont été inclus.
- Bien que les outils créés dans le cadre des projets financés par le FLCA puissent être, selon les cas, à destination de publics professionnels ou usagers, seuls des projets visant **l'outillage des professionnels** ont été retenus dans le cadre de l'évaluation.
- Au-delà de leur utilisation, c'est la **création d'outils** qui a constitué un critère de sélection des projets à prendre en compte. La formation de professionnels, lorsqu'elle reposait sur des ressources préexistantes, ne rentrait pas dans ce périmètre (ex. : lieux de santé sans tabac).

### 1.2.2 Finalités de la démarche

Les finalités de l'évaluation ont été identifiées et formulées de la façon suivante :

- Réaliser un bilan évaluatif d'un échantillon de projets ciblés : documenter et porter un jugement sur leur valeur du point de vue de l'outillage des professionnels, par projet et de façon transversale (points communs, différences).
- Cartographier les projets ciblés selon un ensemble de critères, identifier les projets redondants et les besoins non couverts (du point de vue de critères prioritaires tels que le public cible, le cadre d'exercice)
- Identifier les outils à pérenniser et préciser les conditions de mise à jour et de diffusion dans la durée
- Produire des recommandations en vue 1) d'optimiser le processus de sélection de futurs projets d'outillage des professionnels en réponse aux besoins et 2) d'améliorer le cadre national et régional de proposition d'outils en soutien des pratiques des professionnels.

### 1.2.3 Cadre d'analyse adopté

Au vu des questionnements, finalités et enjeux identifiés lors des travaux préliminaires, un cadre d'analyse à 3 niveaux imbriqués a été proposé et utilisé (cf. Figure 2 ci-dessous). Il permettait notamment de concilier les différentes acceptations des notions d'outil et d'outillage portées par les acteurs.

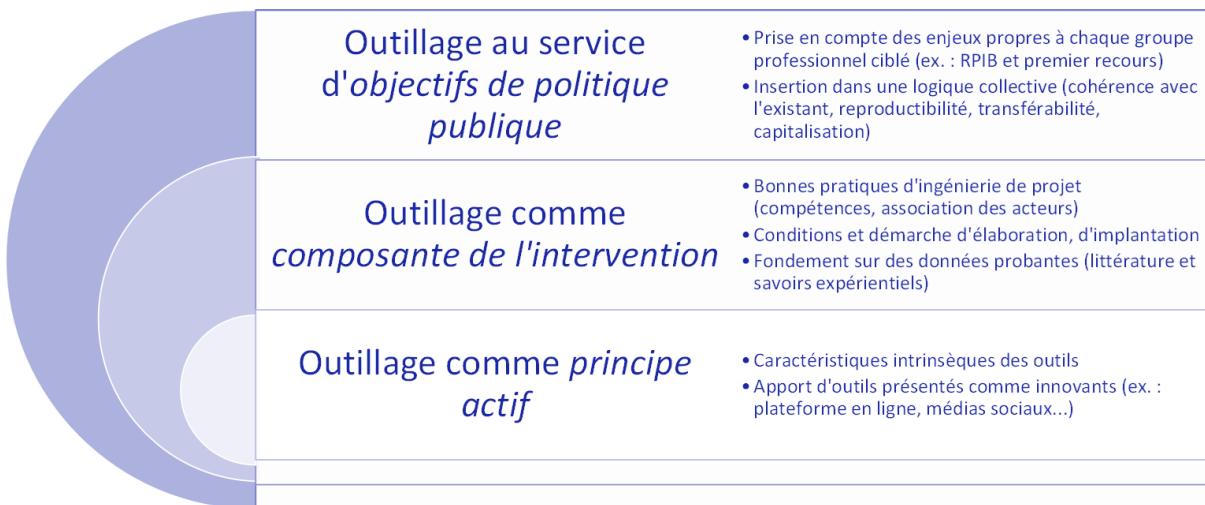


Figure 2. Cadre d'analyse proposé pour la conception de l'évaluation

- **Au niveau le plus global**, l'outilage est envisagé comme une stratégie de structuration et de développement des pratiques des professionnels, portée par les projets eux-mêmes. Cette stratégie est ciblée au regard d'enjeux spécifiques à un contexte professionnel donné, avec les problématiques de déploiement et d'appropriation qui lui sont propres. Sous cet angle, la valeur de ce qui est produit est étudiée en s'intéressant au projet dans son ensemble (comment est-il justifié ? à quel besoin répond-il ?), ainsi que dans une perspective collective de diffusion et de partage d'outils ayant fait leurs preuves.
- **Au niveau intermédiaire**, la création et l'utilisation d'outils sont vus comme une composante de l'intervention réalisée, dont la valeur est jugée à l'aune des pratiques recommandées : ingénierie de projet, prise en compte du contexte, appui sur les données probantes... On s'intéresse aux conditions d'élaboration et de déploiement des outils (pourquoi les a-t-on choisis ? a-t-on accompagné leur utilisation ?), dans la mesure où ces conditions sont jugées déterminantes pour produire des outils pertinents et utiles.
- **Au niveau le plus détaillé**, on s'intéresse aux caractéristiques intrinsèques à certains outils, en considérant la valeur conférée par leur nature.

#### 1.2.4      Questionnement évaluatif et référentiel d'évaluation

Pour un même registre évaluatif, le cadre d'analyse visait à distinguer des questions d'évaluation ciblées et complémentaires, à chacun des 3 niveaux (cf. Tableau 1 ci-dessous). Pour chaque question, des critères de jugement ont été identifiés, auxquels correspondaient des indicateurs quantitatifs ou des descripteurs qualitatifs (précisés et enrichis lors de la phase exploratoire). Le référentiel d'évaluation complet figure en annexe (cf. 7.1).

Le questionnement visait à être progressivement porté, de niveau en niveau, du projet dans sa globalité aux outils que ce projet incluait.

Tableau 1. Questionnement évaluatif

Registres	Questions	Niveaux
<b>Pertinence</b>	Le projet-outil répond-il à un besoin et comble-t-il un manque ?	<i>Outilage au service d'objectifs de politique publique</i>
	Le projet-outil s'inscrit-il dans une priorité de santé publique établie ?	
<b>Cohérence externe</b>	Le projet-outil est-il conçu en complémentarité de l'existant ?	<i>Outilage comme composante d'interventions</i>
	Le projet-outil s'inscrit-il dans une stratégie de diffusion collective ?	
<b>Cohérence interne</b>	Le choix des outils s'inscrit-il dans une démarche à la fois pragmatique et fondée sur les données probantes ?	<i>Outilage comme composante d'interventions</i>
	La démarche d'élaboration et d'implantation des outils était-elle appropriée ?	
<b>Implantation et effectivité</b>	L'outil s'est-il bien implanté ?	
<b>Efficience</b>	Les moyens engagés sont-ils justifiés et soutenables ?	
<b>Durabilité</b>	Le projet-outil s'inscrit-il dans la durée ?	
<b>Efficacité</b>	Le projet-outil a-t-il produit les effets escomptés ?	<i>Outilage comme principe actif</i>
	Des caractéristiques intrinsèques des outils ont-elles maximisé la production des effets du projet ?	

## 2. Méthodes

### 2.1 Phase de cadrage

La phase de cadrage avait pour objectifs de contextualiser la demande formulée, préciser la problématique ciblée, définir un périmètre et fixer les finalités de la démarche, consolider le questionnement évaluatif au regard des enjeux identifiés et des attentes formulées par les parties prenantes, définir la méthode employée pour répondre à ce questionnement (périmètre des projets, données attendues, modalités de collecte et d'analyse).

Des **entretiens** ont été conduits avec des acteurs clés de l'objet de l'évaluation, en recherchant une diversité de points de vue : représentants des institutions publiques (en particulier celles qui sont impliquées dans la gouvernance du FLCA), référents thématiques des ARS ayant animé la sélection de projets régionaux financés par le FLCA, grands porteurs de projets. La liste des entretiens réalisés est présentée en annexe (cf. 7.2). Les objectifs étaient de comprendre la perception qu'avaient ces acteurs de la question de l'outillage, de recenser les enjeux identifiés dans ce domaine, de faire émerger des critères d'évaluation à prendre en compte, et de recueillir leurs attentes vis-à-vis de l'évaluation.

En outre, une première **analyse documentaire** a été réalisée pour effectuer l'état des lieux des projets financés dans le cadre de l'AAP au niveau national et régional, comportant une dimension outillage. Cette étape a permis d'identifier les caractéristiques de chacun d'entre eux, dans le but d'alimenter la réflexion autour des critères utilisés pour leur catégorisation. La période couverte par les documents transmis s'étend de 2018 à 2022, lorsque ceux-ci étaient disponibles. L'analyse a ainsi porté sur les éléments suivants, tant pour les projets régionaux que nationaux :

- Le tableau récapitulatif des projets financés au niveau national,
- La liste des projets financés au niveau régional,
- L'état des lieux des actions menées au niveau régional,
- Les résultats du questionnaire sur les projets financés au niveau régional,
- Un rapport d'analyse des projets financés au niveau régional (ARS Nouvelle-Aquitaine),
- Les cahiers des charges nationaux et régionaux des appels à projets, ou notes de cadrage concernant l'attribution des crédits issus du FLCA (ARS Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Pays-de-la-Loire et Occitanie),
- Les avis du comité restreint sur la poursuite des projets précédemment financés,
- Le formulaire Cerfa de demande de subvention,
- La trame de dossier de candidature,
- Les grilles d'instruction des projets,
- Les tableaux de suivi des appels à projets.

Et pour chacun des projets, lorsque ceux-ci ont pu être transmis :

- Les dossiers de candidature pour chacun des projets financés,
- Les notes de décision attributives,
- Les conventions de financement,
- Les rapports d'activité,
- Les budgets prévisionnels,
- Les documents formalisés au cours de la construction et du déploiement du projet : outils (si le format le permettait), résultats d'enquêtes et états des lieux, bibliographies, compte-rendus de réunions de travail, supports de communication/de présentation,
- Les fiches actions/programmes de travail,
- Les documents relatifs au déploiement de l'outil,
- Les bilans et rapports d'évaluation intermédiaires et finaux réalisés à l'issue de la période de conventionnement.

À partir des informations disponibles, un ensemble de **critères potentiels de catégorisation** des projets a été identifié :

- Critères de description :
  - Porteur,
  - Échelle territoriale,
  - Période de mise en œuvre,
  - Public usager,
  - Substance,
  - Étape du parcours usager ou de la pratique professionnelle (du repérage à l'accompagnement),
- Critères de différenciation des projets du point de vue de l'outillage :
  - Le projet consiste en une démarche d'ensemble (plusieurs actions intégrées) OU la démarche porte sur des objectifs ciblés, grâce à des outils isolés,
  - Le projet repose sur un outil unique OU sur des outils multiples,
  - La nature de l'outil,
  - L'outil a vocation à être utilisé une seule fois OU il s'intègre au long cours dans la pratique du professionnel,
  - L'utilisation de l'outil implique une dynamique collective OU est individuelle,
  - La diffusion ou l'appropriation de l'outil repose sur des canaux individuels OU collectifs,
  - La démarche vise à l'implantation de pratiques documentées OU à l'identification et la capitalisation de bonnes pratiques, pas encore documentées,
  - Le public cible professionnel est spécifique/spécialisé OU non,
  - Le public cible professionnel est circonscrit et captif OU ouvert.

Notons que pour un même projet, la catégorisation n'était parfois pas univoque, du fait de la coexistence de plusieurs outils, plusieurs professionnels.

## 2.2 Phase exploratoire

Afin de mettre à l'épreuve du réel le cadre d'analyse, le questionnement et les critères de jugement identifiés en phase de cadrage, une phase exploratoire a été proposée. Elle a porté sur un échantillon restreint de projets.

Pour la réalisation des études de cas constituant cette phase exploratoire, une **sélection de 4 projets** a été effectuée, à partir des informations disponibles à date et à l'aide de 3 critères :

- Un critère d'élimination reposant sur le calendrier de mise en œuvre du projet : disposer d'un recul suffisant (par rapport à la phase de déploiement, voire à la fin du projet) était indispensable en vue de garantir la disponibilité des informations mobilisées dans le cadre de l'évaluation. En pratique, les projets disposant de ce recul étaient souvent ceux dont le lancement effectif avait été réalisé en 2019-2020).
- Un critère de priorisation portant sur l'applicabilité *a priori* du cadre d'analyse proposé, en vue de tester un éventail aussi large que possible de questionnements et de critères sur les cas d'étude exploratoire. Cette approche a contribué à privilégier des projets identifiés pour leur déploiement effectif et pour leur mise en œuvre jusqu'à terme : en cela, ils n'étaient pas représentatifs de tout le périmètre de projets visés par la démarche d'évaluation.
- Un effort de diversification de l'échantillon : échelles nationale et régionale, public usager concerné, public professionnel cible, nature des outils inclus dans le projet (cette diversité de projets devant permettre de confirmer l'adaptabilité du cadre d'analyse à différents formats et contextes de projets).

La liste des projets retenus pour la phase exploratoire est indiquée dans le Tableau 2 (cf. 3). Ces projets ont fait l'objet de **4 études de cas préalables**. Pour chacun, une fiche a été complétée, permettant de :

- Décrire la logique du projet : contexte, objectifs, publics...
- Préciser la place de l'outillage au sein du projet : apports attendus, lien avec la stratégie d'intervention du projet...
- Renseigner les critères du référentiel d'évaluation.

L'exercice de renseignement de ces critères, dans le cadre des études de cas exploratoires, a permis de tester l'applicabilité du cadre d'analyse et d'enrichir les indicateurs quantitatifs et descripteurs qualitatifs pertinents à rechercher, en regard.

Les informations mobilisées à cette fin étaient issues :

- De l'analyse documentaire amorcée en phase de cadrage (pour les documents déjà transmis) et prolongée à partir des documents sollicités et transmis par les porteurs du projet, lors de la prise de contact et des entretiens,
- D'entretiens semi-directifs (individuels ou collectifs, selon les cas), ciblés auprès des catégories d'acteurs suivants :
  - Éventuel(s) référent(s) institutionnel(s) (en ARS),
  - Porteur(s),
  - Partenaire(s) du porteur,
  - Appuis techniques ou méthodologiques (mission d'appui de certaines ARS),
  - Professionnels cibles du projet.

Les données qualitatives (compte-rendus des entretiens) ont fait l'objet de synthèses thématiques. Les éléments significants, résumés en idées clés ou repris *in extenso* sous forme de citations, ont été regroupés selon des thèmes préétablis, correspondant à des motifs de questionnement préalables, ou des thèmes identifiés de façon inductive à partir du matériau collecté.

Notons que les études de cas exploratoires ont permis de mettre en évidence les difficultés susceptibles d'être rencontrées dans un tel exercice, en matière :

- De mobilisation des acteurs, en particulier les porteurs (problèmes de disponibilité, renouvellement des équipes et changements de fonctions favorisés par le recul temporel, difficultés de compréhension de la demande et des finalités de la démarche),
- D'exhaustivité des données mobilisables pour répondre à l'ensemble des critères définis, en particulier à l'étape d'analyse documentaire (existence ou non d'un rapport de bilan / d'évaluation, précision et richesse de ce rapport).

En vue de la réalisation de la cartographie de l'ensemble des projets d'outillage, le [périmètre des projets faisant l'objet de l'évaluation](#) a été arrêté.

- S'agissant des projets nationaux, la liste a été établie dès le démarrage de la démarche : 20 projets ont été identifiés comme relevant de l'outillage des professionnels en son sein.
- En ce qui concerne les projets régionaux, les données mobilisables reposaient sur deux tables de données transmises par la Cnam, l'une portant sur les années 2018 et 2019 et l'autre sur 2020, avec des variables descriptives différentes entre elles. Au nombre de 40, les projets d'outillage ont été distingués des autres grâce aux variables suivantes :
  - « B.8.1 STR \_ 6. Outilage des pro » dans la table 2018-2019,
  - « Soutien aux pratiques des professionnels » dans la table 2020.

Après une vérification exhaustive des fichiers, aucun autre projet régional, qui n'aurait donc pas été catégorisé selon ces variables, n'a semblé justifier un ajout au périmètre de l'étude, à partir des informations disponibles.

En pratique, les possibilités de catégorisation et de description de ces projets ont été largement déterminées par les données disponibles dans ces tables. La [cartographie analytique des projets](#) visant à outiller les professionnels financés par le FLCA a donc reposé sur l'analyse descriptive des variables disponibles, et en particulier le nom du projet, son périmètre géographique, son budget, son public-cible, ses objectifs, sa catégorisation en tant que projet d'outillage ou non.

Les projets d'outillage ont notamment été comparés aux autres. Les différences entre les tables 2018-2019 et 2020 concernant les projets régionaux ont néanmoins limité les possibilités d'analyse.

## 2.3 Phase d'approfondissement

À l'issue des études de cas exploratoires, le questionnement évaluatif et le référentiel ont été confortés, aucun résultat n'ayant conduit à remettre en question certains critères ou à revoir les hypothèses sous-jacentes au cadre d'analyse, ainsi mis à l'épreuve de la réalité. Un temps de partage en équipe a néanmoins été utile pour préciser le sens de certains critères dont la formulation pouvait laisser place à des interprétations.

À partir de la liste consolidée des projets inclus dans le périmètre, le **choix des nouveaux cas d'étude** a été effectué. Un échantillonnage raisonné a été effectué pour diversifier les caractéristiques des projets retenus, selon des critères validés avec le comité technique du FLCA. L'existence d'un recul temporel suffisant pour permettre une exploration du déploiement et des effets des produits est resté un critère prioritaire. La liste des projets retenus pour la phase exploratoire est indiquée dans le Tableau 2 (cf. 3). La méthode appliquée pour les **études de cas complémentaires** a été la même qu'en phase exploratoire.

## 2.4 Phase de consolidation et de montée en généralité

La phase de consolidation et de montée en généralité a permis de construire des constats argumentés et de soulever des hypothèses dépassant les particularités de chaque projet, en vue de formuler des conclusions plus globales sur la problématique.

L'**analyse transversale et croisée des résultats des études de cas** conduites s'est attachée à mettre en exergue des points communs et différences. Les observations récurrentes portant sur la valeur des différents projets analysés (au regard des critères définis, cf. 1.2.4) et leurs caractéristiques ont permis d'identifier des facteurs favorables ou défavorables à la mise en place d'outils pertinents et efficaces.

Pour la consolidation des résultats, les sources d'informations ont été tracées (documents, faits relatés, expression orale d'un point de vue...) et éventuellement hiérarchisées. Les constats se sont appuyés, autant que possible sur la triangulation des données, notamment en recherchant des éléments factuels corroborant les perceptions exprimées.

Ces arguments et hypothèses explicatives ont permis de produire des **pistes de recommandations** portant sur le processus de sélection de futurs projets d'outillage des professionnels en réponse aux besoins, les conditions et bonnes pratiques de mise en place de nouveaux outils au sein des projets, ou encore le cadre national et régional de proposition d'outils en soutien des pratiques des professionnels.

Un **panel d'experts** a, par la suite, été constitué et mobilisé afin de partager les conclusions et de soumettre les pistes de recommandations à un regard éclairé par des compétences sectorielles : addictologie, évaluation ou ingénierie de projets de prévention-promotion de la santé, représentation de groupes de professionnels, animation thématique en ARS... La liste complète des experts ayant participé à ce panel figure en annexe (cf. 7.3). Lors de ce temps d'échange, les experts ont été invités à partager :

- Leur analyse : regard sur les résultats et constats formulés à partir des 15 études de cas, points à réinterroger ou préciser dans nos raisonnement,
- Leur expérience : exemples ou contre-exemples faisant échos aux résultats,
- Leurs connaissances : autres critères ou perspectives à prendre en compte dans les recommandations, liens avec d'autres référentiels,
- Leur vision d'ensemble : les conclusions tirées plus globalement des résultats présentés,
- Leur avis : accord, désaccord ou nuances vis-à-vis des pistes de recommandations.

Les **recommandations stratégiques** visant à améliorer la sélection et le soutien des projets d'outillage des professionnels ont été déclinées en **critères objectifs de sélection** et associées à des **modalités opérationnelles concrètes** (attendus du cahier des charges, bonnes pratiques à favoriser, vigilances à avoir...).

### 3. Bilan évaluatif des 15 projets étudiés

Cette partie vise à répondre aux questions évaluatives établies, à partir de **l'analyse transversale des résultats des études de cas réalisées sur les 15 projets d'outillage** échantillonnés en phase exploratoire et en phase d'approfondissement. L'analyse repose notamment sur la mise en exergue de points communs et différences entre les projets, l'identification de facteurs de réussite et de freins, ainsi que la compréhension des étapes déterminantes et conditions favorables à la réussite de tels projets d'outillage.

Les caractéristiques des projets étudiés sont présentées dans le Tableau 2 ci-dessous.



Dans les résultats ci-dessous, les lettres entre crochets [X] font référence aux projets dont l'étude a permis de formuler les constats présentés.

Notons qu'en amont de l'analyse transversale réalisée, un certain nombre de **constats préliminaires** ont pu être établis :

- S'agissant du périmètre de l'étude, il convient de noter la très grande hétérogénéité des projets, qui se distinguent par leur ampleur (échelle locale, régionale, nationale), leur type (MOOC, portail en ligne, kit, formation...) et leur logique propre.
- Le renseignement des critères d'analyse ne saurait être exhaustif pour l'ensemble des projets : d'une part, tous ne s'appliquent pas de la même façon en fonction des caractéristiques des cas d'étude, ensuite la disponibilité des informations était parfois limitée.
- La fiabilité des données était elle-même variable, selon les sources mobilisables (rapports d'évaluation, perceptions recueillies en entretiens...), impliquant l'exercice d'un principe de prudence lors des analyses.
- Dans certains cas, des « outils » et une « démarche d'outillage » étaient imbriqués au sein d'un même projet : c'est le cas pour le portail de ressources en prévention à destination du monde de l'entreprise [N] qui comprend deux niveaux, la plateforme d'une part (avec ses enjeux d'animation et de fonctionnement), et les outils qui y sont rassemblés d'autre part (fiches pratiques, annuaire...).
- Enfin, il convient de noter que les projets étudiés au cours de ces travaux ne se caractérisent pas uniquement par leur dimension « outillage » mais s'inscrivent dans une optique plus large impliquant des choix de stratégie d'intervention, l'inscription dans des parcours patient, un soutien dans le fonctionnement et les interfaces de l'offre de soins, la mobilisation d'autres composantes d'une intervention (communication, accompagnement, sensibilisation...), etc.

Tableau 2. Description de l'échantillon de projets étudiés

Projet	Phase d'étude	Échelle	Porteur	Produit(s)	Publics professionnels	Projet-outil
A	Explor.	Rég.	Société privée	Tabac	Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé, médecins généralistes, santé au travail...	Plateforme d'appui au RPIB
B	Appro. <sup>t</sup>	Nat.	Association (prévention)	Alcool	Travailleurs sociaux	Démarche et outils de réduction des risques
C	Appro. <sup>t</sup>	Rég.	Association (médicosocial)	Alcool	Travailleurs sociaux	Formation et accompagnement à la réduction des risques
D	Appro. <sup>t</sup>	Nat.	Fédération	Tabac	Équipes en maisons de santé pluriprofessionnelles	Socle commun d'intervention (RPIB et suivi)
E	Appro. <sup>t</sup>	Rég.	Association (autosupport)	Tabac	Professionnels de santé	Plateforme collaborative en ligne
F	Appro. <sup>t</sup>	Nat.	Société savante	Tabac	Professionnels de santé	<i>Massive open online course (MOOC)</i>
G	Explor.	Nat.	Fédérations	Tabac	Travailleurs sociaux, équipes d'addictologie	Kit d'intervention (réduction du tabagisme)
H	Appro. <sup>t</sup>	Nat.	Réseau associatif d'établissements de santé	Alcool	Équipes d'addictologie	Consultations infirmières post-urgences (délégation)
I	Explor.	Rég.	Établissements de santé	Alcool et autres	Équipes des urgences	Kit de RPIB-orientation aux urgences
J	Explor.	Nat.	Fédération et association	Tabac	Professionnels de consultations jeunes consommateurs et maisons des adolescents	Mur virtuel regroupant des outils de prévention
K	Appro. <sup>t</sup>	Rég.	Dispositif spécifique régional (DSR) périnatalité	Alcool	Professionnels de la santé périnatale	Module de formation par simulation

Projet	Phase d'étude	Échelle	Porteur	Produit(s)	Publics professionnels	Projet-outil
L	Appro. <sup>t</sup>	Nat.	Association (santé mentale)	Divers	Professionnels d'addictologie et psychiatrie	Outils de coordination en cas de pathologies duelles
M	Appro. <sup>t</sup>	Nat.	Association (santé sexuelle)	Produits de synthèse	Professionnels auprès des chemsexeurs	Traduction d'un protocole de psychothérapie
N	Appro. <sup>t</sup>	Nat.	Association (prévention)	Divers	Monde de l'entreprise	Portail de ressources en prévention
O	Appro. <sup>t</sup>	Rég.	Équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) en centre hospitalier universitaire	Divers	Équipe de l'ELSA	Outils d'évaluation-orientation avec recontacte

### 3.1 [Pertinence] Le projet-outil répond-il à un besoin et comble-t-il un manque ? Le projet-outil s'inscrit-il dans une priorité de santé publique établie ?

#### Une superposition des besoins à prendre en compte dans la conception des outils

Dans la mesure où les projets d'outillage s'adressent aux professionnels, afin d'améliorer leurs pratiques de repérage et de prise en charge des pratiques addictives des publics, la superposition des besoins **à la fois des professionnels ciblés et des publics bénéficiaires** constitue un élément à prendre en compte lors de la conception des outils.

*En effet, cette non-superposition des besoins peut être problématique à certains égards, comme dans le cadre de la plateforme collaborative en ligne [E], qui a fondé sa démarche sur l'utilité prouvée de l'implication des professionnels au sein des groupes d'entraide entre fumeurs, sans porter une attention particulière aux attentes propres des professionnels. Cette absence de superposition des besoins a limité l'implication des professionnels dans les suites du projet.*

#### Des besoins spécifiques à identifier, notamment dans le cadre des projets multi-cibles

Par ailleurs, le ciblage de plusieurs publics professionnels par un même projet-outil sans opérer une distinction de leurs besoins spécifiques constitue un risque supplémentaire pour la pertinence du projet. Ce manque de prise en compte des spécificités des besoins de chaque public cible entraîne ainsi **une adaptation plus ou moins bonne** de l'outil dans la suite des projets. En effet, un outil peut être parfaitement adapté aux besoins d'un public professionnel particulier mais ne pas répondre à ceux d'un autre.

*C'est notamment le cas de la démarche et des outils de réduction des risques (RDR) [B], qui visait les équipes de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des travailleurs sociaux de structures d'hébergement d'urgence, avec des besoins différents du fait de leur formation antérieure.*

*Le socle commun d'intervention [D] constitue également un bon exemple dans la mesure où ce dernier ciblait les professionnels en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sans faire de distinctions entre les anciens et nouveaux prescripteurs de TNS, entre les médecins et les paramédicaux (ces dernières étant pourtant susceptibles de se sentir moins légitimes pour intervenir sur le sujet du tabac), les professionnels formés ou non...*

*Parmi les autres projets ciblant plusieurs publics professionnels sans opérer de distinction particulière dans la réponse aux besoins, on retrouve également la plateforme d'appui au RPIB [A] qui s'adressait aux professionnels de 1<sup>er</sup> recours comme aux spécialistes, sans distinction particulière de leurs besoins, le kit de RPIB-orientation aux urgences [I] qui citait les ELSA, les consultations jeunes consommateurs (CJC) et les médecins généralistes lors de la conception, sans toutefois les cibler réellement lors du déploiement, ou encore le mur virtuel [J] dont le parti-pris était d'opérer un rapprochement entre professionnels de deux types de structures mais en sous-estimant les spécificités des besoins des professionnels de part et d'autres (CJC et maisons des adolescents (MDA)).*

À cet égard, afin d'identifier finement les besoins spécifiques, un porteur a montré **l'intérêt de segmenter sa cible professionnelle**.

*C'est en particulier le cas du projet [N] où l'association porteuse a fait le choix, sur sa plateforme de ressources à destination du monde de l'entreprise, d'opérer une distinction entre les filières professionnelles, permettant de mieux prendre en compte leurs risques propres (ex. : soumission au stress, accès facilité aux opioïdes...). Ce travail a ainsi permis d'identifier les expositions spécifiques des salariés afin d'apporter une réponse plus adaptée à leurs besoins.*

Notons par ailleurs que, dans **le cas où la cible professionnelle est particulièrement large**, les besoins sont moins focalisés et précis que dans le cas d'une cible circonscrite. Cela ne constitue pas automatiquement une faiblesse du projet, tout dépend de ses objectifs.

*Ce ciblage large, avec des besoins plus diffus, se constate notamment pour le MOOC dédié à la prise en charge des fumeurs [F] dans la mesure où ce dernier permet aux professionnels de bénéficier d'une première entrée en matière, semblant nécessiter des compléments pratiques sur certains aspects afin de répondre à des besoins plus spécifiques permettant d'être pleinement opérationnel auprès des usagers.*

Enfin, à travers les publics professionnels ciblés, **les publics de bénéficiaires sont toujours identifiés**, au sein des 15 projets étudiés, même si c'est de façon plus ou moins spécifique et détaillée.

*À titre d'exemple, les projets [A] et [D] identifient de façon assez largement les fumeurs dans leur ensemble, tandis que le DSR périnatalité dans le projet [K] a opéré une distinction entre 2 sous-groupes, selon le niveau de consommation (ponctuelle ou régulière), avec des objectifs spécifiques nécessitant d'adapter les pratiques.*

#### Des besoins établis de façon précise et complète dans la moitié des cas

S'agissant des **besoins auxquels l'intervention cherche à répondre**, ces derniers sont établis de façon précise et complète dans la moitié des projets étudiés, avec une description des publics, de l'état des connaissances et des pratiques, un focus sur des professionnels spécifiques, etc.

Ici, la **justification documentée des objectifs des projets**, en s'appuyant par exemple sur des approches ayant fait leurs preuves, semble jouer en faveur de la pertinence du projet et *in fine* de l'adhésion des professionnels.

*Cet effort de justification des objectifs se retrouve notamment dans le projet de sensibilisation et d'accompagnement à la RDR [C] où le porteur décrit les caractéristiques des publics, les difficultés liées à l'alcool rencontrées par les professionnels de l'hébergement d'urgence et le potentiel d'amélioration escompté en diffusant des pratiques de RDR.*

*Le kit d'intervention pour la réduction du tabagisme [G] constitue également un bon exemple, dans la mesure où la fédération porteuse a identifié de façon précise les spécificités des publics précaires en décrivant notamment les approches efficaces en faveur de ce public ainsi que les causes d'échec des tentatives d'arrêt. Le porteur justifie par ailleurs l'importance d'une approche psychosociale tout en rappelant la faible priorisation actuelle du sujet du tabac chez les travailleurs sociaux.*

*Enfin dans le cadre du projet des consultations infirmières d'alcoologie post-urgences [H], le réseau associatif d'établissements de santé met en exergue la conjonction d'un ensemble d'enjeux, de besoins et d'opportunités : l'intérêt du recours au RPIB aux urgences, la nécessité d'améliorer l'accès des usagers concernés par une addiction à l'alcool à un parcours de soins, le besoin de renforcer la visibilité de la filière addictologique d'aval auprès des urgentistes, le manque de temps médical ainsi que les possibilités de développement de la pratique infirmière.*

#### Des liens entre besoins établis et objectifs du projet parfois ténus

Cet effort de justification des objectifs par rapport à des besoins établis de façon précise n'est toutefois pas systématique. En effet, dans d'autres cas, **les besoins sont parfois établis de façon imprécise ou insuffisante**. Les **constats formulés par les porteurs restent parfois généraux et trop peu spécifiques**, en s'appuyant par exemple sur des données épidémiologiques générales sans rentrer dans le détail du contexte d'intervention visé. **Des enjeux multiples sont ainsi souvent soulevés et les objectifs des projets sont incomplètement étayés**, semblent parfois davantage relever de partis-pris que de choix issus de l'état des connaissances réalisé.

*Le manque de précision dans la caractérisation des besoins se constate par exemple dans la plateforme d'appui au RPIB [A] où le porteur liste une diversité de besoins de portée générale : besoins des professionnels en matière de repérage et d'orientation, besoin d'intermédiation entre le patient et les ressources de l'offre de soins, besoin de gradation de la prise en charge, besoin de structuration des parcours et de l'offre...*

*Par ailleurs, les difficultés à relier état des connaissances et choix opérationnels se vérifient dans le projet [D] où la fédération porteuse a mobilisé des données de la littérature sur l'appropriation des recommandations par les équipes de soins coordonnées sans traduire ces éléments dans les choix de la logique d'intervention.*

*Enfin, la justification du projet de mur virtuel [J] visant les professionnels de CJC et MDA semble quant à elle davantage reposer sur une volonté de rapprochement et de coopération entre les structures que sur l'état des connaissances réalisé ou les besoins de formation identifiés côté MDA.*

Ainsi, cette qualification insuffisante des besoins explique **des choix opérationnels insuffisamment étayés** pouvant expliquer, *a posteriori*, certains échecs.

*C'est notamment le cas de la plateforme d'appui au RPIB [A] dont l'utilité a été questionnée par les professionnels visés (service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS), médecins généralistes, professionnels de santé au travail) ou bien encore de la plateforme collaborative en ligne [E] qui s'est révélée inappropriée dans la mesure où les professionnels de santé visés exprimaient davantage un besoin d'informations que d'interactions et étaient en attente d'une intervention en présentiel plutôt qu'en ligne.*

#### **Des besoins rarement établis à partir d'une démarche structurée et formalisée**

Pour la majorité des projets étudiés, **l'identification des besoins des professionnels en matière d'outillage n'a pas été effectué de façon formalisée à travers une démarche structurée**. Cela tient notamment aux opportunités variables de réalisation d'une telle démarche, selon les projets, ainsi qu'à certains freins rencontrés par les porteurs, notamment pour l'accès au public professionnel visé.

*Ainsi, à titre d'illustration, aucune démarche d'identification du besoin n'a été spécifiquement conduite pour le projet [M] : l'association spécialisée en santé sexuelle porteuse a présumé utile l'apport d'un protocole de psychothérapie à destination des professionnels intervenant auprès des chemsexeurs, par rapport aux groupes de parole existants.*

Cette absence de démarche d'identification du besoin s'explique parfois par **les difficultés rencontrées par des porteurs à la réaliser avant la réponse à l'AAP**, du fait du temps limité laissé aux porteurs pour y répondre. Toutefois, ce travail d'identification et de qualification des besoins a parfois pu être planifié au début de la mise en œuvre du projet

*C'est le cas du projet de kit de RPIB-orientation aux urgences [I] au début duquel un questionnaire a été adressé aux structures d'urgences, permettant de recueillir des informations sur la fréquence des situations rencontrées, les perceptions des équipes ainsi que les difficultés rencontrées.*

À l'inverse, **cette démarche aurait parfois mérité de constituer une étape d'amont**.

*Dans le cas du mur virtuel regroupant des outils de prévention du tabagisme [J], un état des lieux préalable plus structuré aurait pu permettre d'identifier les différences de besoins entre professionnels des CJC et des MDA, différence qui ont constitué un frein à la conduite d'un projet commun. En effet, là où l'acculturation à l'addictologie était déjà forte au sein des CJC, la place du tabac a été décrite comme insuffisamment pris en compte dans les pratiques en MDA.*

## **Des démarches pragmatiques et dynamiques permettant des retours plus ou moins consistants en fonction des liens avec le terrain**

S'agissant de la méthode, **la démarche de recueil des besoins pouvait être pragmatique**, réalisée à partir de constats de terrain et de remontées des professionnels, **tout en étant structurée**.

*Cela a notamment été le cas pour le kit d'intervention [G] où des temps d'échanges initiaux avec les équipes volontaires ont permis de recenser les pratiques, attentes et besoins des professionnels et des personnes accompagnées en matière de réduction du tabagisme.*

Dans d'autres cas, du fait des caractéristiques du projet d'outillage, **le recueil des besoins doit s'envisager comme une démarche dynamique et périodique**.

*C'est le cas du portail de ressources en prévention à destination du monde de l'entreprise [N] où une enquête auprès des professionnels inscrits a pu être déployée.*

Toujours est-il que **la précision et la consistance des retours varient selon la nature des liens existant entre le porteur et le terrain** : en effet, une structure gestionnaire d'établissement entretient des liens directs avec ses équipes, là où une fédération bénéficie de retours indirects au travers de relais intermédiaires, et où un acteur extérieur à un champ professionnel peut se heurter à des freins importants pour nouer des liens avec les professionnels ciblés.

*Pour la formation et l'accompagnement à la RDR [C], l'association porteuse, exerçant dans le champ du médico-social, entretenait des liens directs avec les professionnels concernés, à savoir des travailleurs sociaux.*

*Pour le socle commun d'intervention [D] à destination des équipes en MSP, la fédération porteuse s'est confrontée à des situations particulièrement hétérogènes d'une équipe à une autre en matière de RPIB tabac.*

*Pour la plateforme collaborative en ligne [E], l'association d'autosupport porteuse est davantage spécialisée dans l'appui sur des patients experts que dans la mobilisation de professionnels.*

*Pour le portail de ressources en prévention à destination du monde de l'entreprise [N], enfin, l'association ne disposait pas de liens préexistants avec les filières d'activités spécifiques, tout était à construire, les relations se constituent au fur et à mesure des contacts.*

Au sujet de ce contact préalable avec les professionnels concernés, en vue de recueillir leurs besoins, les porteurs expliquent régulièrement **avoir pressenti cette difficulté de mobilisation**, du fait de leur disponibilité souvent limitée, et s'être éventuellement autocensurés.

Enfin, **le recueil du point de vue des usagers** a été réalisé dans seulement un cas.

*Il s'agissait du module de formation par simulation dédié à l'abord de la question de l'alcool pendant la grossesse [K] où un représentant associatif, mobilisé au sein de la commission addictions du DSR périnatalité porteur, a pu être associé aux travaux, ce qui a permis de conforter les défauts de prise en charge auxquels le projet cherchait à répondre.*

### 3.2 [Cohérence externe] Le projet-outil est-il conçu en complémentarité de l'existant ? Le projet-outil s'inscrit-il dans une stratégie de diffusion collective ?

Des démarches d'état des lieux de l'existant explicitées dans certains cas, permettant de faire émerger plusieurs limites

Concernant la prise en compte de l'offre et des outils déjà existants, le travail d'état des lieux par les porteurs n'a été explicité que dans seulement une partie des projets étudiés. Quand ce travail a été réalisé et restitué, celui-ci permet de pointer un certain nombre de limites de cet existant.

Tout d'abord, certains changements de modèle de pratiques sont jugés nécessaires, leur appropriation par les publics professionnels ciblés impliquant un accompagnement dédié.

*Ce constat a notamment été fait dans le cadre des projets de RDR à destination des travailleurs sociaux [B] et [C], où le passage de pratiques reposant sur le sevrage de l'alcool à une démarche globale de RDR nécessitait un accompagnement renforcé.*

Ensuite, certaines limites structurelles, comme les cloisonnements entre deux secteurs d'activité ou l'absence d'organisation de l'offre d'outillage dans un domaine précis, ont pu être pointées par certains porteurs.

*C'est notamment le cas du projet [L] dont l'objectif était d'améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologie duelle, pour lequel le besoin d'une plus grande transversalité entre addictologie et psychiatre a été constaté, face à une prise en compte insuffisante des cas par les dispositifs de coordination généralistes.*

*S'agissant du portail de ressources à destination du monde de l'entreprise [N], l'absence de centralisation des ressources et outils de prévention dédiés à ce secteur d'activité a été constatée en amont.*

De plus, l'éloignement de certains professionnels et leur méconnaissance de l'offre d'outillage sont des arguments évoqués pour renforcer la visibilité, l'adaptation et l'appropriation de celle-ci.

*Ainsi, c'est face au besoin de davantage d'adaptabilité et d'accès à la formation aux différentes professions de santé que la société savante porteuse a souhaité mettre en place le MOOC sur le tabac [F], en vue de dépasser ces limites.*

*De même, en mettant en place son kit d'intervention en faveur de la réduction du tabagisme [G], les deux fédérations porteuses ont souhaité pallier la mauvaise identification du sujet du tabac par les intervenants sociaux.*

Par ailleurs, l'évolution des standards de conception des outils et formations constitue un autre élément relevé par les porteurs pour aller au-delà de l'offre d'outillage existante.

*À titre d'exemple, le DSR périnatalité à l'initiative du module de formation par simulation au sujet de la prise en compte de l'alcool pendant la grossesse [K] a ainsi fait le constat suivant : les outils pédagogiques existants sur l'alcool et la grossesse seraient trop descendants, ce qui ne favoriserait pas leur bonne appropriation par les professionnels.*

Enfin, les porteurs qui pointaient le manque de disponibilité des professionnels pour s'approprier les outils comme limite de l'existant ne semblent pas clairement être parvenus à dépasser cet obstacle dans la mise en œuvre de leur projet. Soit le projet n'a pas permis de lever ce frein, soit d'autres freins non identifiés, combinés à celui du manque de disponibilité, ont pu jouer.

*Ce constat se vérifie notamment dans les projets s'appuyant sur le RPIB, à savoir la plateforme d'appui [A] et le socle commun d'intervention [D] où les porteurs se sont heurtés aux difficultés de mobilisation des professionnels de première ligne.*

#### **Une démarche d'état des lieux et d'analyse de l'existant peu documentée et rarement structurée et formalisée**

Si le travail d'état des lieux et d'analyse de l'existant est parfois réalisé, celui-ci reste **bien souvent peu documenté** par les porteurs et ne constitue pas une démarche formalisée et structurée.

À cet égard, le recensement de l'offre d'outillage existante constitue parfois **une étape du projet en lui-même**, au-delà de la justification dans le cadre de l'AAP, avec l'objectif de renforcer la visibilité des outils existants, afin de s'appuyer dessus.

*Ainsi, avant le déploiement du kit d'intervention en faveur de la réduction du tabagisme [G], les deux fédérations porteuses ont réalisé un état des lieux à travers l'organisation de 5 réunions permettant d'identifier des initiatives locales (partenariats et outils utilisés sur le terrain).*

*Dans le cas du projet ciblant les professionnels de CJC et MDA [J], un questionnaire a été adressé aux professionnels des deux types de structures, permettant de recueillir des informations sur les pratiques et outils employés et de démontrer des usages insuffisamment ciblés sur le tabac.*

La principale difficulté exprimée par plusieurs porteurs pour réaliser ce recensement des outils déjà existants réside dans **l'absence de canaux de diffusion identifiés ou de ressources existantes permettant un référencement plus ou moins exhaustif de l'existant**.

Ce travail d'état des lieux a donc pu être réalisé par certains porteurs à partir de constats empiriques : sollicitation des structures auprès de leurs équipes, recherche exploratoire en ligne...

*Cela a pu être le cas pour le DSR périnatalité [K] qui a effectué des recherches internet sur des vidéos produites par d'autres acteurs, avant de s'engager dans la mise en place de son propre module de formation.*

#### **Une articulation avec l'existant peu documentée et des enjeux plus ou moins fort selon les thèmes et les caractéristiques des projets**

La démarche d'articulation des outils créés avec ceux déjà existants a été **relativement peu documentée par les porteurs**. Cet enjeu de mise en cohérence voire en complémentarité avec l'existant représente toutefois un enjeu plus ou moins central selon les thématiques et caractéristiques des projets.

Ainsi, pour les projets ciblant le tabac où certains outils sont particulièrement reconnus au sein des recommandations, **l'objectif d'intégration et de centralisation des outils existants et jugés probants** a été l'objet même de deux projets.

*C'est le cas du projet à destination des équipes de MSP [D] où des outils d'autosupport, d'évaluation de la dépendance au tabac, etc. ont été déposés sur une plateforme collaborative en ligne, au bénéfice de l'ensemble des équipes participantes.*

*De même, l'objectif du mur virtuel porté par l'association et la fédération [J] était de recenser et d'intégrer un ensemble d'outils de prévention sur le tabac déjà existants, pour les professionnels de CJC et MDA.*

Par ailleurs, même si cette démarche d'articulation n'a pas été systématiquement documentée, un certain nombre de porteurs interrogés semblent **avoir cherché à favoriser la complémentarité de leur projet avec l'existant**, lorsque celui-ci était perçu ou envisagé.

*Ainsi, les deux fédérations à l'initiative du kit d'intervention pour la réduction du tabagisme [G] ont cherché à s'inscrire en complémentarité du contenu du guide du Réseau des établissements de santé pour la*

*prévention des addictions (Respadd), dans la mesure où ce dernier était davantage destiné aux professionnels prescripteurs, alors que leur projet s'adressait à des travailleurs sociaux et équipes d'addictologie.*

*Dans le cadre de la mise en œuvre de son portail de ressources en prévention [N], le porteur a notamment compilé des sources légitimes issues d'agences comme l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) ou l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) et a réalisé un travail de vulgarisation de ces contenus à travers la production de fiches accessibles. Il a également cherché à s'inscrire en cohérence avec des outils plus institutionnels comme la charte « les entreprises et les services publics s'engagent résolument » (ESPER)<sup>2</sup>.*

De manière générale, **la superposition partielle avec l'existant n'a été mis en évidence que dans une minorité de projets**. Cela semble notamment tenir au rôle majeur que jouent les institutions dans l'identification, en amont, du risque de redondance voire de doublonrage des projets avec les ressources déjà existantes.

#### **Des efforts d'intégration à l'environnement professionnel existant**

S'agissant des modalités d'intégration des outils à l'environnement professionnel existant, ce point a été **moins discuté pour les projets conduits au sein de structures**, dans la mesure où celui-ci représentait un enjeu moindre pour les porteurs.

En ce qui concerne les **projets de formation**, les porteurs ont fourni des efforts particuliers pour favoriser leur intégration.

*Ainsi pour le projet de MOOC tabac [F], l'objectif souhaité était de lui conférer un caractère « validant », selon le porteur.*

*De façon similaire, l'équipe du DSR périnatalité à l'origine du module de formation sur l'alcool pendant la grossesse [K], consciente de la faible attractivité qu'aurait le sujet de façon isolée, a choisi d'intégrer le module au sein d'un programme de formation plus global, en faveur d'une plus grande adhésion des professionnels.*

L'effort d'intégration à l'environnement professionnel s'est également concrétisé à travers **l'adaptation de la stratégie de déploiement au contexte d'intervention**.

*C'est notamment le cas de l'association en santé mentale qui, à travers le déploiement de ses outils de coordination pour la prise en charge des pathologies duelles [L], entendait adopter une posture de structure ressource auprès des dispositifs et acteurs territoriaux de coordination : projets territoriaux de santé mentale, conseils locaux de santé mentale, filières d'addictologie, communautés professionnelles territoriales de santé.*

Enfin, l'intégration au contexte d'intervention constituait parfois **l'objet même de la stratégie du projet**.

*Dans le cas du portail de ressources en prévention à destination du monde de l'entreprise [N], l'association porteuse a cherché à acquérir une position de référence et à construire sa place au sein de l'écosystème d'acteurs visé.*

---

<sup>2</sup> <https://www.drogues.gouv.fr/les-entreprises-et-les-services-publics-sengagent-resolument-esper>

### 3.3 [Cohérence interne] Le choix des outils s'inscrit-il dans une démarche à la fois pragmatique et fondée sur les données probantes ?

Un diagnostic du contexte d'intervention rarement réalisé, et ce de façon empirique et ciblée sur certains aspects en particulier

En ce qui concerne l'analyse du contexte d'intervention, ce travail de compréhension du milieu dans lequel évoluent les professionnels ciblés, de leurs pratiques et leurs contraintes, n'a été **effectué que dans de rares cas, et ce à partir de constats de terrain** plutôt que de façon structurée. De plus, cette analyse ciblait bien souvent certaines dimensions et aspects particuliers.

*À titre d'illustration, avant la mise en place de la sensibilisation et de l'accompagnement à la RDR [C], un intervenant extérieur a été mobilisé afin de recueillir les problématiques propres à chaque structure impliquée.*

*Avant le déploiement des outils de coordination pour la prise en charge des pathologies duelles [L], l'association porteuse a, quant à elle, réalisé un travail approfondi de compréhension du contexte (sanitaire, sociodémographique) dans chaque région de déploiement du programme.*

Dans certains cas, **des limites et freins rencontrés par les porteurs**, relatifs à la culture professionnelle et à la structure organisationnelle, **auraient pu être anticipés et le projet ajusté**, notamment sur le plan des modalités d'accompagnement à l'implantation du projet.

*Ainsi, dans le cas du socle commun d'intervention à destination des équipes en MSP [D], des freins à la pratique du RPIB tabac propres à certains profils professionnels (paramédicaux, pharmaciens...) auraient sans doute pu être identifiés.*

*En ce qui concerne le protocole de psychothérapie à destination des chemsexeurs [M], le choix d'un outil standardisé tel que celui-ci a été décrit comme correspondant peu à la culture professionnelle de certains praticiens, notamment des psychologues, ce qui a pu soulever des réticences.*

*Enfin, dans le cadre de la centralisation d'outils pour le tabac à destination des professionnels de CJC et MDA [J], les outils sélectionnés semblent particulièrement hétérogènes au regard des pratiques ciblées (programmes de prévention collectifs, outils de consultation individuelle...).*

#### Des logiques d'intervention peu explicitées et formalisées, associées à certaines lacunes

On définit la stratégie d'intervention, ou logique du projet, comme l'ensemble des mécanismes hypothétiques par lesquels les résultats doivent être produits et les effets entraînés. Sur ce plan, les principes du RPIB constituent le fondement invoqué pour une partie des projets étudiés. En dehors de ces cas, **la logique est rarement explicitée et formalisée**.

*Celle-ci peut toutefois s'avérer robuste a posteriori, comme dans le cas de la formation par simulation [K] qui permet un appui à la formation des professionnels grâce à leur mise en situation, tout en s'appuyant sur les principes du RPIB.*

Certaines **faiblesses dans la logique d'action des projets** ont toutefois été identifiées dans certains cas, laissant penser que les choix réalisés étaient insuffisamment étayés voire manquaient de pertinence.

*C'est notamment le cas de la plateforme d'appui [A] qui s'appuie sur une démarche de RPIB tout en adoptant une logique d'intervention semblant contradictoire avec les principes de celui-ci. Après un repérage en face à face par un professionnel, le patient fumeur se voit renvoyé vers une plateforme en ligne pour l'évaluation de sa dépendance. L'intervention brève n'est ensuite envisagée qu'en cas de prise de rendez-vous par le*

patient. Ces facteurs de rupture dans le parcours d'accompagnement expliquent probablement les nombreux perdus de vue constatés.

Dans d'autres cas, **le flou entourant la stratégie précise du projet** a pu gêner son appropriation par les professionnels, entraînant une appropriation différenciée de l'outil.

*C'est notamment le cas du projet de socle commun d'intervention autour du tabac [D], au cours duquel les professionnels de MSP n'ont pas ciblé de la même façon le public usager. Le projet ciblait l'ensemble des fumeurs acceptant de s'engager dans une démarche d'échange avec un professionnel de santé, mais certaines structures se sont focalisées uniquement sur les usagers envisageant un sevrage tabagique. Deux logiques d'intervention différentes ont donc été constatées.*

Enfin, **certaines insuffisances voire incohérences internes** peuvent être pointées dans la description de la logique de certains projets : liens reliant différents objectifs entre eux, choix d'outils pour décliner un objectif opérationnel...

*Ainsi, si le déploiement d'un kit de RPIB-orientation aux urgences [I] visait à outiller les urgentistes, un objectif secondaire du projet portait sur le renforcement des liens entre acteurs. Cet objectif secondaire ne semble néanmoins pas avoir fait l'objet d'actions ciblées.*

*S'agissant du mur virtuel visant à centraliser des outils pertinents de prévention du tabagisme [J], sa co-conception par les acteurs des CJC et MDA visait au moins en partie, implicitement, la création d'une synergie entre les deux réseaux d'acteurs. Un objectif stratégique de ce type, s'il avait été explicité, aurait pu conduire à proposer d'autres modalités de mise en œuvre, telles que la création d'espaces de rencontre, d'échange et de travail dédiés.*

### Des outils le plus souvent cohérents avec la logique d'intervention des projets

Au-delà de ces limites concernant les stratégies d'intervention des projets, on note que **les outils choisis et/ou créés ainsi que les actions d'outillage sont le plus souvent cohérentes avec la logique d'intervention**.

*Le projet à destination des professionnels d'addictologie et de psychiatre [L] constitue un bon exemple dans la mesure où les différents outils sélectionnés et créés, à savoir des ateliers de renforcement des liens (appelé « bridging » par le porteur), des journées d'études, des webinaires, une cartographie des structures, etc. favorisent l'interconnaissance entre acteurs, leur acculturation et leur formation.*

*Le portail de ressources en prévention à destination du monde de l'entreprise [N] permet quant à lui de garantir une certaine exhaustivité, avec un bon équilibre entre vulgarisation et rigueur scientifique, permettant de favoriser l'accessibilité des ressources à un public non averti, tout en garantissant leur opérationnalité.*

En revanche, lorsque **les outils préexistent au projet**, on note un risque qu'ils s'inscrivent moins dans une logique d'adaptation au projet.

*Ainsi, pour le projet [A], la plateforme d'appui au RPIB avait été créé avant le projet, ce dernier permettant de prolonger son déploiement.*

### Des sources de données probantes diversifiées mobilisées pour étayer la conception du projet

Afin d'étayer leur projet, **les porteurs ont mobilisé différentes sources de données permettant de guider et conforter leurs choix** et cela au-delà de la phase de réponse à l'AAP. Parmi les sources mobilisées, les porteurs s'appuient notamment sur :

- Leurs connaissances acquises, par exemple dans le cadre de formations spécialisées pour l'équipe d'ELSA en CHU [O],

- Sur des données probantes concernant un modèle de pratiques ou d'intervention, notamment la RDR, pour le projet [B] et [C],
- Leur expérience antérieure, comme dans le cas du MOOC tabac [F] ou des consultations infirmières d'alcoologie [H] où les porteurs ont pu s'appuyer sur des projets pilotes,
- La validation de la Haute Autorité de Santé (HAS), dans le cas du protocole de coopération entre professionnels de santé utilisé pour les consultations infirmière d'alcoologie [H],
- La littérature scientifique et professionnelle, dans le cas des projets [I] et [L] notamment,
- Ainsi que les agences et structures de référence comme l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et la HAS, dans le cas du projet [I].

L'appui sur des données probantes constitue **parfois une approche au cœur de la démarche projet.**

*C'est le cas pour le portail de ressources à destination du monde de l'entreprise [N] dont l'objectif est de vulgariser des sources de données reconnues à travers des fiches pratiques.*

La notion même de données probantes a toutefois pu présenter, ponctuellement, **une difficulté d'appropriation** dans certains projets, avec des profils professionnels témoignant d'une aisance plus ou moins importante sur ce plan.

*Des différences de définition de cette notion entre les acteurs se constate notamment dans le projet à destination des professionnels de CJC et MDA [J] avec des discussions sur le distinguo entre outils probants scientifiquement et outils probants de manière expérientielle.*

#### **Un choix d'outils qui s'appuie moins sur des données probantes que sur des critères empiriques**

Toutefois, si les porteurs mobilisent une diversité de sources et de données probantes pour étayer leur projet, **celles-ci semblent relativement peu utilisées pour justifier le choix des outils.** Seuls quelques porteurs font exception en ayant fait le choix spécifique de certains outils en cohérence avec les sources probantes mobilisées.

*C'est le cas du DSR périnatalité [K] qui a fait le choix de vidéos reposant sur les principes d'un apprentissage par simulation, dont l'intérêt est reconnu, notamment par la HAS.*

*Concernant le projet visant à outiller l'accompagnement psychothérapeutique des chemsexeurs [M], l'association porteuse a fait le choix de traduire un protocole évalué avec succès aux États-Unis selon une méthode reconnue (évaluation contrôlée avec randomisation).*

Il faut noter ici les limites probables d'une telle approche : plus les outils sont particuliers à un cadre d'intervention donné et moins les données probantes seront spécifiques. En réalité, le choix des outils par les porteurs **s'appuie souvent sur des critères plus empiriques**, en particulier en ce qui concerne les outils de communication, de diffusion et de formation.

*Cela a notamment été le cas pour le portail de ressources à destination du monde de l'entreprise [N], projet pour lequel un portail préexistant, à portée plus générale, était apprécié. Concernant la conception des contenus (formats, modalités d'interaction avec le public), l'équipe projet a essentiellement fait des choix raisonnés.*

Un choix d'outils sans fondement probant a dans certains cas pu constituer **un facteur de fragilité ou de questionnement** lors de la mise en œuvre des projets.

*Ainsi, dans le cas du projet tabac à destination des équipes en MSP [D], le choix de recourir à des appels téléphoniques pour l'accompagnement des publics ne semble pas avoir été spécifiquement fondé sur des*

*justifications issues de la littérature. Or, cette modalité de suivi semble être associée à une adhésion limitée chez une partie des professionnels et des bénéficiaires.*

*Dans le cas du référencement d'outils de prévention du tabagisme à destination des professionnels de CJC et MDA, le choix d'un mur virtuel, privilégiant le visuel, limite les possibilités de structuration et d'enrichissement du contenu.*

### 3.4 [Cohérence interne] La démarche d'élaboration et d'implantation des outils était-elle appropriée ?

#### Des bonnes pratiques d'ingénierie de projet et des freins mis en exergue

L'analyse transversale des cas d'études montre un niveau d'aisance plus ou moins important en matière de **conduite de projets** chez les structures porteuses. Cela tient notamment à leur taille et aux ressources et moyens dont elles disposent en interne sur ce plan. Ces constats montrent l'intérêt de s'appuyer sur un acteur « poids lourd » de la prévention en addictologie, à grande envergure, à travers un partenariat permettant un co-portage du projet. Ce type de partenariat structurant permet ainsi de disposer de l'expérience acquise en matière de gestion et de conduite de projet, tout en bénéficiant d'une reconnaissance par les autres acteurs. Cela facilite par ailleurs la diffusion et l'implantation de l'outil sur le terrain grâce à la mobilisation de relais régionaux et locaux.

Du fait, en partie, de la diversité des projets étudiés dans le cadre de cette évaluation, la nature du travail de gestion de projet se révèle très hétérogène, avec toutefois la mise en exergue de certaines pratiques jugées favorables à la réussite des projets par les acteurs rencontrés :

- La définition d'une **gouvernance** de projet, avec la constitution d'instances propres, disposant de fonctions définies (décider, associer, informer...), et de composition adaptée,
- Une **organisation multiniveau**, notamment pour les projets nationaux qui s'appuient sur des relais régionaux, avec une répartition claire des rôles et des responsabilités,
- Pour certains porteurs, l'**approche agile** (avancée par itérations successives),
- Et plus généralement l'**adaptation aux contraintes de déploiement** du projet, au fil de l'eau,
- En termes de moyens, le déploiement de **ressources dédiées** à la coordination, à la mise en œuvre et au suivi formalisé des réalisations (ce dernier point fait toutefois l'objet d'une limite citée de façon récurrente, dans la mesure où ces moyens doivent être financés, ce qui constitue en réalité parfois un frein pour certains porteurs).

Parmi les **rares points négatifs clairement identifiables** lors de l'analyse, les principales limites ou difficultés rencontrées portent sur le caractère ramassé du calendrier des projets (notamment entre la réponse à l'AAP et la mise en œuvre du projet), le renouvellement rapide au sein des équipes, les changements de porteur ou bien encore la redéfinition du périmètre du projet après sa conception initiale (parfois rendue nécessaire par des arbitrages budgétaires). Il convient toutefois de prendre en compte le contexte sanitaire au moment du déploiement des projets étudiés, traversé par la crise sanitaire de la Covid-19, qui a profondément bouleversé les organisations de travail.

Enfin, la principale insuffisance identifiable porte sur la **phase de diffusion des outils**, insuffisamment voire pas travaillée et accompagnée dans certains cas très isolés.

*Dans le cas de la création du mur virtuel d'outils [J], elle a eu pour conséquence d'entraîner un « effet falaise » dans le projet, qui s'est finalement stoppé au moment où il commençait réellement à aboutir sur le plan opérationnel, avec l'identification des outils attendus.*

## **Une association des professionnels très souvent recherchée, à différentes étapes des projets et selon plusieurs modalités**

Dans la majorité des cas étudiés, **les porteurs ont cherché à associer les professionnels ciblés**, et ce à différentes phases du projet, de la conception à la diffusion des outils, en passant par leur validation.

Cette capacité à associer les professionnels cibles est toutefois **fortement conditionnée par le contexte et les caractéristiques du projet**.

*En effet, dans le cas où la cible implique un nombre restreint de professionnels, comme pour le projet de RDR liés à l'alcool [B], l'association des travailleurs sociaux opérant dans les structures a été particulièrement simple et a permis d'améliorer la méthode et l'ajustement des outils.*

*Le principe de volontariat a également été utilisé, notamment pour le kit d'intervention pour la réduction du tabagisme [G], permettant une co-construction et une expérimentation des ressources et outils par 5 binômes volontaires.*

*Pour le portail de ressources à destination du monde de l'entreprise [N], il a été choisi d'associer des représentants de catégories de professionnels concernés au sein d'un COPIL, mais sa composition favorise, au moment de la conduite de l'étude, les acteurs de la santé au travail davantage que les salariés et les employeurs.*

*Enfin, pour les outils d'évaluation-orientation aux urgences avec re-contact [O], c'est l'équipe de l'ELSA elle-même, à qui ils étaient destinés, qui a été à l'origine de leur conception.*

Cette association de la cible professionnelle a pu prendre **plusieurs formes**.

*Il a pu s'agir d'une implication directe dans la mise en œuvre (projets [B] [G] [J]), d'une représentation au sein d'instances ad hoc (comité de pilotage du projet [I]), de la mobilisation d'instances existantes (commission addictions du DSR périnatalité dans le projet [K]) ou plus simplement d'une demande de relecture de documents produits (traduction du protocole de psychothérapie à destination des professionnels intervenant auprès de chemsexeurs [M]).*

Afin de mettre en place une dynamique de travail pertinente et favorable au projet, **plusieurs logiques d'association des professionnels ont par ailleurs été combinées dans certains projets**, avec la mobilisation d'une diversité de profils professionnels, la recherche d'une interdisciplinarité, le recours au volontariat, etc.

Enfin, il convient de noter que cette association des professionnels cibles **a parfois fait défaut dans certains projets**.

*C'est plus particulièrement le cas du projet de plateforme d'appui au RPIB [A], du socle commun d'intervention en RPIB [D] et de la plateforme collaborative en ligne [E].*

## **Une mobilisation fréquente de partenaires en adéquation avec les besoins rencontrés**

Outre l'association des professionnels, la mobilisation de partenaires au sein des projets étudiés est par ailleurs fréquente. Cette mobilisation permet de **répondre à des besoins de différentes natures** rencontrés par les porteurs, à savoir en matière :

- **D'expertise thématique,**

*Notamment dans le cas du projet de formation et d'accompagnement à la RDR [C] qui a pu s'appuyer sur l'expérience antérieure d'un addictologue, du projet portant sur la consommation d'alcool pendant la grossesse [K] où le DSR périnatalité a fait appel à une association spécialisée, ou encore dans le cas du projet à destination du monde de l'entreprise [N] qui a fait appel à un médecin de santé au travail.*

- **D'expertise méthodologique,**

*Un besoin qu'ont comblé l'association d'autosupport [E] et le DSR périnatalité [K] en faisant appel à la mission d'appui mais aussi à Addictions France, en particulier pour la mise en place de la plateforme collaborative en ligne [E].*

- **D'expertise scientifique,**

*Un besoin couvert en faisant appel à l'Inserm pour la démarche et les outils de RDR à destination de travailleurs sociaux [B] ou en mobilisant une chercheuse en psychologie pour la traduction du protocole de psychothérapie [M].*

- **D'expertise sectorielle,**

*Un besoin rencontré dans la démarche et les outils de RDR [B] et le kit d'intervention pour la réduction du tabagisme [G], qui a pu être couvert en faisant appel à la Fédération Addiction dans les deux cas, ainsi qu'à la Fédération des acteurs de la solidarité pour le second projet.*

- **D'appui à l'étape d'élaboration ou de diffusion,** en faisant appel à un réseau développé,

*L'association en santé mentale [L] a ainsi eu recours au réseau de la Fédération Addiction, l'association de prévention mobilisée sur le portail à destination du monde de l'entreprise [N] a pu s'appuyer sur celui d>Addictions France.*

- **De soutien institutionnel,**

*Notamment de l'ARS pour l'association de prévention [B] et l'association en autosupport [E].*

- **De compétences techniques spécifiques,**

*Notamment dans la réalisation d'une formation [C], pour l'élaboration d'un MOOC [F], en faisant appel à un concepteur-rédacteur pour le portail de ressources [N], ou encore à des acteurs professionnels et à un réalisateur de vidéos pour le module de formation par simulation [K].*

Concernant les modalités de mobilisation des partenaires, ces derniers ont le plus souvent été **inclus dans les instances de pilotage** des projets, notamment dans les comités d'experts constitués.

Selon les cas, leur participation aux projets a permis d'apporter un regard expert et/ou extérieur sur **la conception et la proposition / sélection des outils**, de contribuer à **l'analyse de données probantes**, de confronter le projet-outil en cours de conception à leur **connaissance du terrain**. Parfois, les partenaires ont pu être impliqués dans la réalisation d'actions au sein du projet.

*Dans le projet dédié aux pathologies duelles [L], des experts partenaires ont ainsi animé des rencontres à destination des publics professionnels.*

Quelques limites rencontrées dans la recherche d'une mobilisation des partenaires sont toutefois pointées : le **pilotage plus lourd de la démarche projet** qu'elle implique (justifiant la recherche d'un équilibre dans les modalités d'association), leur **disponibilité souvent limitée**, ainsi que – dans certains cas – les **possibilités d'indemnisation** réduites.

Les **partenaires de grande envergure** semblent apporter ici une valeur ajoutée particulière, du fait de leurs capacité à proposer des compétences en ingénierie de projet, à fédérer et mobiliser les acteurs mais également à favoriser la diffusion et le relai des projets-outils.

*Ce constat est particulièrement vrai pour le kit de RPIB-orientation aux urgences [I] et le portail de ressources en prévention [N], où la participation de partenaires robustes a joué un rôle favorable dans la gestion et le pilotage des projets.*

Si la mobilisation de partenaires a permis de combler des manques et répondre à des besoins dans la majorité des projets étudiés, cette association de partenaire semble toutefois **avoir fait défaut dans certains projets**.

*C'est notamment le cas pour la plateforme d'appui au RPIB pour le tabac [A] et le socle commun d'intervention (RPIB et suivi) [D], où aucun partenaire spécialisé en addictologie n'a été associé.*

### **Un effort d'intégration au contexte de pratiques et au parcours de l'usager difficile à documenter**

Le travail d'intégration des outils au contexte de pratiques et au parcours de l'usager constitue un des éléments des projets étudiés difficiles à documenter.

Pour certaines approches, cette recherche d'une bonne intégration est **intrinsèque au projet**.

*C'est le cas du module de formation par simulation [K] qui recherche une mise en situation effective des professionnels ciblés.*

Par ailleurs, cet effort d'intégration est également **identifié dans des contextes spécifiques**, notamment aux urgences.

*Ainsi, pour le kit de RPIB-orientation [I] et les outils d'évaluation-orientation avec re-contact [O], les porteurs ont privilégié des outils rapides d'utilisation et des formations courtes pour s'adapter au contexte des urgences et favoriser leur utilisation.*

Toutefois, cette intégration au contexte de pratiques des professionnels et au parcours de l'usager n'a parfois **pas été suffisamment anticipée et prise en compte** par les porteurs.

*Dans le cas de la plateforme d'appui au RPIB [A], la structure porteuse n'avait semble-t-il pas anticipé le temps supplémentaire nécessaire pour traiter la thématique des addictions en entretien par les professionnels ciblés (SUMPPS, médecins généralistes, santé au travail....).*

Enfin, une difficulté soulevée dans deux projets concerne **l'intégration des outils dans les systèmes d'information** des structures de déploiement.

*Ainsi, pour le projet de RPIB-orientation aux urgences [I], le porteur souhaitait initialement intégrer les outils du Kit dans les logiciels informatiques des urgences, mais il s'est heurté à certaines difficultés, rendant cette intégration impossible. De même, dans le cas du socle commun d'intervention [D], il était envisagé que les formulaires utilisés soient intégrés aux systèmes d'information des MSP : l'idée n'a finalement pas vu le jour dans la mesure où elle nécessitait un important travail de développement.*

### **Un accompagnement à l'implantation récurrent mais selon une intensité, une structuration et des modalités variables**

Le déploiement des projets-outils étudiés a **presque toujours été accompagné** pour favoriser leur implantation. Cet accompagnement a toutefois été effectué **avec une intensité et une structuration variable**, en recourant à **différents types d'approches**, selon le projet et la nature des liens entre le porteur et le public cible. Il a pu se traduire dans des formations et webinaires, dans un travail de terrain permettant une adaptation locale, ou prendre la forme d'une diffusion en ligne (notamment sur plateforme). Il a également reposé sur le déploiement d'outils de vulgarisation et de facilitation de l'appropriation (affiche, vidéo, guide, présentation, réponses aux questions potentielles de la hiérarchie), parfois adaptables en interne (logo). Des actions de communication ont souvent été assurées (médias sociaux, lettre d'information, présentation lors d'événements ou au sein des structures, invitation des professionnels à rejoindre le projet, mobilisation de relais régionaux). Cet accompagnement tient parfois à la posture de mise à disposition du porteur, visant à fournir un appui à la demande et à répondre aux éventuelles sollicitations, notamment sur des aspects techniques, tout en réalisant des actions d'aller vers et en prenant contact avec les acteurs de façon proactive.

Ces approches ont pu être déployées **de façon isolée mais également de façon combinée**.

*Ainsi, pour la plateforme d'appui au RPIB [A], seules des formations ont été mises en place pour utiliser l'outil. De même pour le MOOC au sujet du tabac [F], la société savante à son origine a centré l'accompagnement au déploiement sur une communication à propos de son projet auprès des institutions, des associations, des établissements de santé ou médico-sociaux.*

Des porteurs ont eu recours à **des modalités multiples facilitant une adaptation au cas par cas**.

*Ainsi, pour accompagner le déploiement de sa démarche et de ses outils de RDR [B], l'association porteuse a associé les professionnels à la conception des outils et dispensé une formation, tout en organisant des temps réguliers d'analyse des pratiques avec les binômes volontaires.*

*Pour faciliter l'implantation des consultations infirmières d'alcoologie post-urgences [H], le réseau associatif d'établissements de santé porteur a déployé un accompagnement sur le terrain et des outils de facilitation, en complément de sa formation.*

*Pour le module de formation par simulation au sujet de l'alcool pendant la grossesse [K], la formation en présentiel accompagnant les vidéos est considérée comme indissociable, car permettant une meilleure appropriation des messages ainsi que l'apport d'éléments complémentaires.*

L'importance de **pouvoir consacrer des ressources dédiées à cet accompagnement** a été soulignée dans les travaux (ressources humaines, indemnisation des frais engendrés pour les professionnels mobilisés, etc.). Selon certains porteurs interrogés ou d'après l'analyse réalisée, ces ressources ont pu être **insuffisantes dans certains projets**.

*Ce manque a notamment été évoqué dans le cas des projets [C], [E] et [K]. Dans le cas du socle commun d'intervention à destination des équipes en MSP [D], l'évaluation réalisée a montré qu'une formation des professionnels aurait probablement été nécessaire, au-delà de l'accompagnement réalisé. Enfin, dans le cas du déploiement du portail de ressources en prévention à destination de l'entreprise [N], le redimensionnement du projet et de son financement a conduit à renoncer à la constitution d'un réseau de relais et de référents dans les 4 filières.*

### 3.5 [Effectivité] L'outil s'est-il bien implanté ?

#### Un manque important de données de suivi-évaluation pour décrire la chaîne de production des effets

Le caractère limité des données de suivi-évaluation collectées par les porteurs de projet rend difficile la description des principales étapes de production d'effets dans le cadre des projets : la diffusion de l'outil, sa prise de connaissance par les professionnels ciblés, son intégration et son appropriation dans chaque contexte professionnel, son utilisation effective, le niveau d'adhésion qu'il suscite chez les utilisateurs et finalement ses effets sur les pratiques et bénéficiaires. Simultanément, ce manque de données bride les possibilités d'identifier les éventuelles étapes bloquantes dans la chaîne causale du projet, susceptible d'empêcher l'atteinte des objectifs. Plusieurs situations peuvent être décrites.

Pour quelques projets, le **recul manquait** au moment de l'étude pour préciser les résultats obtenus.

*Dans le cas du MOOC sur le tabac [F], l'évaluation était encore à finaliser.*

Souvent, le peu d'éléments recueillis par les porteurs dans le cadre du suivi-évaluation pouvait s'expliquer par le choix des porteurs de **diffuser leurs outils sans conditions ou contreparties afin d'en faciliter l'accès**.

*Ainsi, l'association porteuse du portail de ressources à destination de l'entreprise [N] dispose d'éléments sur la fréquentation du site ainsi que sur la réception de la lettre d'information, mais n'a pas d'information en retour sur la mise en pratique des informations diffusées par les professionnels touchés.*

**L'évaluation par un tiers spécialisé et indépendant**, quand elle est réalisée, semble toutefois permettre une documentation large et plus approfondie des projets étudiés.

*Ainsi, pour sa démarche et ses outils de RDR [B], l'association porteuse a bénéficié d'une évaluation réalisée par l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped) de l'Université de Bordeaux, la démarche couvrant notamment les dimensions de la transférabilité et de la reproductibilité.*

*Pour évaluer son socle commun d'intervention à destination des fumeurs [D], la fédération porteuse a quant à elle fait appel à un cabinet de conseil, qui s'est attaché à décrire et donner des éléments de compréhension des niveaux de mise en œuvre du projet atteints par les MSP participantes.*

Dans l'ensemble, le manque de retours de la part des professionnels ciblés a par ailleurs grandement **limité les porteurs dans l'identification de pistes d'amélioration** de leur projet et des outils associés.

*Le MOOC dédié au tabac [F] fait office d'exception puisqu'en réponses aux retours et attentes des apprenants, des besoins de modules supplémentaires ont été identifiés et ajoutés à la formation.*

Un équilibre doit toutefois être trouvé dans les modalités de suivi-évaluation du projet dans la mesure où, par rapport aux données strictement nécessaires à la conduite du projet, **un surcroît de traçabilité à des fins d'évaluation peut aussi alourdir le projet**, à son détriment.

*Cet écueil a été rencontré dans le cadre du projet [D], au cours duquel les équipes de MSP participantes ont été confrontées à la lourdeur de l'utilisation des questionnaires de suivi.*

#### **Une diffusion plus ou moins large ne faisant pas l'objet de blocages**

En ce qui concerne l'étape de diffusion du projet et des outils, celle-ci **n'est pas identifiée comme une phase bloquante**. L'accès à l'outil ne semble ainsi pas avoir constitué un obstacle à l'implantation du projet.

Toutefois, il convient de noter que la **taille des cibles potentielles** (en nombre de professionnels) est très variable selon les projets, avec des objectifs manquants parfois de clarté sur la cible à atteindre.

*Alors que l'association de prévention [B] et le réseau associatif d'établissements de santé [H] ont pu atteindre leur cible à 100 % grâce à un périmètre restreint, les deux fédérations porteuses du kit d'intervention [G] ont quant à elle fait le choix d'une cible très large en expédiant plus de 3200 kits imprimés.*

*D'autres porteurs ont également fait le choix de diffuser très largement leurs outils, rendant difficile l'appréciation de cette phase. C'est notamment le cas pour le mur virtuel [J], qui a été relayé auprès de centaines de structures du réseau à l'échelle nationale, ou encore du kit de RPIB-orientation aux urgences [I] qui a été envoyé par courriels et clés USB.*

*La communication en ligne permettant un accès facilité aux outils a par ailleurs été utilisé par certains porteurs, notamment pour la plateforme collaborative sur le tabac [E], les outils de coordination en cas de pathologies duelles [L], ou bien encore le portail de ressources à destination de l'entreprise [N].*

Pour permettre cette diffusion et relayer les outils, **les porteurs dépendent également souvent des réseaux d'acteurs préexistants** au sein desquels ils sont déjà insérés.

*Cette dépendance est constatée à propos de la formation sur l'alcool pendant la grossesse [K], dans la mesure où l'intégralité des professionnels de la périnatalité de la région n'étaient pas inscrits dans les listes du DSR périnatalité porteur, ce qui a nécessité un relai de la part des établissements.*

### **Un degré de connaissance peu documenté, mais avec des disparités entre professionnels**

Le niveau de connaissance et d'appropriation des outils demeure également peu documenté. L'appréciation par les porteurs du degré de connaissance et d'appropriation des outils chez les professionnels cibles repose ainsi parfois sur **des perceptions ou indices indirects**.

*Ainsi, dans le cas du kit de RPIB aux urgences [I], s'il n'existe pas d'indicateurs formalisés permettant de juger la connaissance de l'outil par les professionnels, le fait que le kit soit demandé par une cinquantaine d'établissements de la région (mais également dans d'autres régions) témoignerait d'une diffusion de l'outil jugée plutôt réussie par le porteur.*

Les **données d'inscription** (et leur évolution temporelle) constituent par ailleurs un autre indicateur permettant d'approcher le niveau de connaissance de l'outil.

*Ces données étaient notamment disponibles pour le MOOC dédié au tabac [F] avec plusieurs rediffusions annuelles et une quinzaine de milliers d'inscrits, pour les outils en cas de pathologies duelles [L] qui comptaient 543 apprenants en e-learning en 2022 et 600 inscrits à la lettre d'information, ou encore pour le portail de ressources dédié au monde de l'entreprise [N] qui comptabilisait 3000 abonnés à sa lettre d'information.*

Par ailleurs, ce degré de connaissance et d'appropriation des outils peut faire **l'objet de disparités entre professionnels cibles**.

*Ainsi, s'agissant du projet concernant l'accompagnement des patients fumeurs en MSP [D], la mise en l'œuvre de l'intervention a souvent été limitée à quelques professionnels au sein des équipes. Le DSR périnatalité [K] note une adhésion au module de formation moindre chez les médecins, par rapport aux sage-femmes (attribuée à un positionnement des médecins moins enclin à une approche globale, jugeant notamment les actions postnatales trop tardives). Enfin, dans le cas du portail de ressources à destination des entreprises [N], il paraît nécessaire d'élargir l'audience auprès des représentants du personnel, aujourd'hui moins touchés que les autres groupes professionnels ciblés.*

### **Un degré d'utilisation rarement documenté par des indicateurs, laissant transparaître des difficultés mais également des succès**

Les porteurs ne disposent que de peu d'éléments sur l'utilisation des outils et encore moins d'indicateurs précis. Quand ces indicateurs sont renseignés, ceux-ci témoignent parfois des **difficultés rencontrées**.

*On note ainsi un nombre de professionnels participants en deçà des ambitions dans le cas de la plateforme d'appui au RPIB [A], une chute de la participation dans une partie des équipes de MSP participantes [D] ou bien encore l'absence d'interactions entre professionnels sur la plateforme collaborative en ligne [E].*

A l'inverse, les indicateurs d'utilisation peuvent parfois révéler **les succès de certains projets**.

*Dans le cas du MOOC dédié au tabac [F], le taux de réussite (16,1 %) semble assez élevé au regard de ce qui est habituellement observé pour une formation diffusée sous ce format.*

### **Des facteurs déterminants identifiés vis-à-vis de l'implantation effective des outils**

L'analyse transversale de la phase de diffusion et d'appropriation des projets permet de mettre en exergue **des facteurs semblant déterminants** dans la diffusion et l'appropriation des outils.

Avant toute chose, **la disponibilité des professionnels ciblés**, et donc le temps qu'ils sont susceptibles de consacrer pour prendre connaissance de l'outil, le comprendre et se l'approprier, constitue un facteur clé pour l'implantation des outils.

*Dans bon nombre de projets étudiés [B-D-E-G-I-L-M], ce facteur a été pénalisé par la crise démographique contemporaine ainsi que par la crise sanitaire de la covid-19, beaucoup de professionnels étant mobilisés à d'autres tâches et pris dans par d'autres priorités.*

Les questions de **culture professionnelle**, aussi bien individuelle que collective, et d'adhésion au projet constituent d'autres éléments majeurs à prendre en compte. Elles peuvent prendre plusieurs formes.

*Dans le cadre de la démarche et des outils de RDR [B] comme dans celui du socle commun d'intervention en MSP [D], la conviction et la légitimité d'action des professionnels cibles a constitué un enjeu, s'agissant de travailleurs sociaux ou d'équipes incluant des professionnels paramédicaux.*

*Afin de favoriser l'adhésion aux consultations infirmières d'alcoologie post-urgences [H], le réseau associatif d'établissements de santé porteur a su susciter la conviction partagée des professionnels cibles, faisant de l'engagement pluriprofessionnel un facteur de réussite du projet.*

*D'autres porteurs se sont quant à eux heurtés à des résistances au changement, notamment dans la hiérarchie, pour la démarche et les outils de RDR à destination des travailleurs sociaux [B]. Le portage par une gouvernance partagée au sein des structures constitue à ce titre un élément de réussite pour les consultations infirmières d'alcoologie post-urgence [H], où les professionnels étaient collectivement convaincus de l'intérêt du projet avec leurs bagages professionnels respectifs.*

*Par ailleurs, le renversement important des pratiques que constitue le passage d'une logique de sevrage à une logique de réduction des risques a pu consister un autre frein à l'adhésion des professionnels dans le cadre de la démarche et des outils de RDR [B].*

*À ce titre, les appréhensions et l'acceptabilité faible liées aux représentations de l'alcool chez les travailleurs sociaux ont été identifiés comme un facteur de complexité de la démarche et les outils de RDR [C].*

*Parmi les autres facteurs identifiés, l'acceptation par un service partenaire comme les urgences, dans le cadre des consultations infirmières d'alcoologie post-urgence [H], a également été déterminante pour la bonne implantation et appropriation du projet.*

*Enfin, la valeur d'exemple de l'expérience des sites pilotes peut constituer un facteur facilitant, telle que constatée dans la démarche portant sur la coordination en cas de pathologie duelle [L].*

Des **barrières organisationnelles** ont également pu être déterminantes.

*Dans le cas du kit d'intervention contre le tabagisme [G], des questions logistiques se sont posé et le renouvellement rapide des équipes a entraîné une perte d'appropriation de l'outil.*

*En ce qui concerne la démarche et les outils de RDR [B], l'appropriation de la méthode proposée s'est heurtée à des freins liées à des habitudes et organisations de travail.*

*S'agissant des consultations infirmières d'alcoologie post-urgence [H], le projet implique une transformation de l'offre elle-même, constituant une bascule organisationnelle à franchir, avec une phase d'amont et une phase d'aval bien distinctes.*

L'**accompagnement** proposé par les porteurs peut toutefois permettre de lever certains freins à l'appropriation des outils, lorsqu'il est possible.

*La formation à l'outil a ainsi été jugée manquante dans le cas du socle d'intervention commun dédié aux MSP [D], nécessaire à la présentation, l'appropriation et la bonne utilisation de l'outil dans le cadre du projet de kit de RPIB-orientation aux urgences [I], indispensable s'agissant du module de formation par simulation concernant l'alcool pendant la grossesse [K], ou complémentaire à la diffusion de fiches dédiées aux professionnels du monde de l'entreprise dans le cas du portail de ressources [N].*

La question de l'**environnement d'exercice** constitue également un facteur pouvant jouer en la faveur ou en la défaveur d'une bonne diffusion et appropriation d'un projet-outil.

*Dans sans activité aux urgences s'appuyant sur des outils d'évaluation-orientation avec re-contact ultérieur [O], l'ELSA indique bénéficier d'un réseau d'addictologie suffisamment dense pour permettre un adressage des patients en aval. À l'inverse, dans le cas de la plateforme d'appui au RPIB [A], le projet s'est heurté à des structures partenaires surchargées, limitant les possibilités d'orientation.*

### 3.6 [Efficacité] L'outil a-t-il produit les effets attendus ? Des caractéristiques intrinsèques des outils ont-elles maximisé la production des effets du projet ?

**Une documentation faible des effets qui permet toutefois de percevoir une certaine adhésion et des changements de pratiques chez les professionnels**

En ce qui concerne les résultats et impacts des projets d'outillage sur les professionnels visés et les publics finaux, **les mêmes insuffisances peuvent être constatées en termes de données disponibles** pour décrire les effets produits. En dépit de ce manque d'informations, il est possible de dresser plusieurs constats.

Tout d'abord, les **projets marqués par une implantation limitée** ont produit, de façon logique, de faibles effets.

*C'est notamment le cas de la plateforme d'appui au RPIB [A], qui n'a pas su susciter l'adhésion souhaitée de la part des professionnels ciblés, limitant de fait la production d'effets.*

Dans certains cas, les formations et les temps d'accompagnement dédiés à l'implantation des outils ont permis de bénéficier de **retours à chaud** de la part des professionnels cibles.

*En effet, que ce soit pour le kit de RPIB-orientation [I] ou le module de formation par simulation [K], les animateurs et formateurs ont fait remonter un bon niveau de satisfaction témoigné par les professionnels touchés lors de ces temps dédiés. Pour les outils de coordination dédiés aux situations de pathologies duelles [L], les professionnels rencontrés lors d'ateliers ont également fait part spontanément de leur intérêt pour le travail réalisé.*

Parfois, l'adhésion, la satisfaction et les changements de pratiques sont **plus formellement documentés** par les porteurs.

*Ainsi, l'association de prévention à l'origine de la démarche et des outils de RPIB [B] a pu montrer, grâce à l'évaluation réalisée, les changements de représentation (dépendance à l'alcool) et de posture (meilleure dynamique d'action orientée sur les besoins de la personne) ainsi que le processus de légitimation des travailleurs sociaux pour aborder le sujet de l'alcool auprès des usagers.*

*L'évaluation du socle d'intervention destiné à l'accompagnement des patients fumeurs en MSP [D] fait état, quant à elle, d'une nouvelle organisation et de nouvelles pratiques dans quelques équipes participantes, à l'issue du projet.*

*Dans le cas des consultations infirmières d'alcoologie post-urgences [H], une optimisation du temps médical a été permise, permettant une priorisation du travail médical sur la prise en charge de situations complexes. Une montée en compétences des infirmières, grâce à la formation théorique et pratique et à l'accompagnement proposé, est également démontrée.*

Certains **effets sur les bénéficiaires finaux** sont également parfois documentés.

*Dans le cas du socle commun d'intervention en MSP [D], le bénéfice de l'accompagnement est témoigné par une partie des fumeurs accompagnés.*

*S'agissant des consultations infirmières en alcoologie post-urgences [H], le projet permet un accès facilité des bénéficiaires à une prise en charge, la consultation infirmière est perçue comme un cadre propice d'accompagnement, et l'adhésion des patients à la proposition est bonne.*

*Enfin, concernant les outils d'évaluation-orientation avec re-contact à destination de l'équipe d'ELSA [O], plusieurs effets ont été mesurés, notamment chez les personnes sans dépendance.*

#### **Des effets obtenus parfois en deçà de ceux visés**

Si un certain nombre de projets font état de résultats et impacts positifs sur les professionnels et les bénéficiaires finaux, **des effets en-deçà de ceux visés sont parfois mis en avant** dans les projets étudiés, avec parfois **un usage opportuniste des publics cibles**, différent de celui attendu.

*La plateforme collaborative en ligne pour la prise en charge du tabac [E] n'a, par exemple, permis qu'un apport d'informations aux professionnels et non une interaction entre eux.*

*Dans le cas du mur virtuel regroupant des outils de prévention du tabagisme [J] la seule « mise en avant » du sujet du tabac au sein du réseau des MDA et CJC, qui a été évoquée, ne peut pas être considéré comme à la hauteur des résultats attendus.*

*Enfin, si le socle commun d'intervention en MSP [D] a permis de sensibiliser et d'alimenter des projets locaux sur la question du tabac et a modifié les pratiques des professionnels dans une faible minorité de structures, ces résultats apparaissent particulièrement limités au regard de ce que l'outil aurait pu produire comme effets.*

#### **Peu d'effets intrinsèques mais certaines caractéristiques jugées facilitantes identifiées**

En ce qui concerne les effets intrinsèques et les caractéristiques facilitantes des projets, seule **une minorité de mécanismes propres aux outils adoptés** peuvent être mis en avant.

*Ainsi, pour le projet de formation sur le tabac porté par la société savante [F], le format MOOC permet de massifier la diffusion de l'outil.*

*La consultation infirmière d'alcoologie post-urgences [H] repose sur un protocole de coopération entre professionnels de santé, offrant un cadre de délégation spécifique défini par la loi.*

*Le module de formation par simulation [K] repose sur le principe de mise en situation réaliste.*

*Enfin, les pratiques d'évaluation-orientation de l'ELSA [O] s'appuient sur une carte de visite remise au patient, sur laquelle un dessin ou un écrit individualisé est réalisé lors de la 1<sup>ère</sup> rencontre, pour favoriser l'adhésion lors du re-contact téléphonique, selon la technique de l'ancre décrite en programmation neurolinguistique.*

De façon plus générale, **certaines caractéristiques des outils étudiés ont été jugées facilitantes**. Ainsi, les **bénéfices du numérique** sont mis en avant, notamment pour dépasser les contraintes de calendrier et les barrières géographiques.

*C'est le cas du MOOC dédié au tabac [F], du module de formation par simulation dédié à l'alcool pendant la grossesse [K] et des outils dédiés à la coordination de la prise en charge des situations de pathologies duelles [L].*

Ce constat est toutefois à prendre avec précaution dans la mesure où le **niveau de familiarité des professionnels avec les outils numériques** est variable et où l'usage de ces outils peut entraîner un **phénomène de saturation**.

*Cela a notamment pu être le cas pour la plateforme collaborative en ligne [E], où des professionnels auraient fait état d'une surdose de numérique, notamment pendant la crise sanitaire.*

D'autre part, **la simplicité, la facilité et rapidité d'utilisation**, l'opérationnalité et l'exhaustivité des outils constituent des caractéristiques jugées comme favorables à leur utilisation et à la production d'effets.

*Ce constat est d'autant plus vrai pour les outils implantés dans des contextes contraints comme les urgences, s'agissant du kit de RPIB-orientation [I], dont la facilité et la rapidité d'utilisation ont été des éléments clés de succès, selon les professionnels.*

*Ces caractéristiques favorables sont également mises en avant au sujet du portail de ressources à destination du monde de l'entreprise [N] où les fiches ont été jugées particulièrement accessibles et adaptées aussi bien sur le fond que sur la forme, permettant une appropriation rapide.*

Dans certains cas, **la structuration et la subdivision des projets en étapes et en outils plus ciblés**, applicables à des phases ou objectifs définis, semble permettre une utilisation plus flexible par les professionnels.

*C'est notamment le cas pour la démarche et les outils de RDR [B], où une mise en pratique par étapes est possible. Avec le kit d'intervention visant à réduire le tabagisme [G], les phases clefs pour mettre en place un projet dans une structure sont décrites, de même que les objectifs, la méthode à employer, les actions à mettre en œuvre ainsi que les outils et des ressources concrètes mobilisables.*

Dans une perspective d'adaptation à des contextes variés, **la distinction opérée entre outils indispensables et complémentaires** a été jugée facilitante par certains professionnels.

*Dans le cas du projet à destination des équipes de MSP [D], l'intervention prévoyait ainsi un socle commun à tous (parcours d'accompagnement incluant le repérage l'inclusion et le suivi dans le temps des patients, questionnaires d'évaluation à utiliser aux différents temps), auxquels s'ajoutaient des outils complémentaires pour aller plus loin, mis à disposition sur une plateforme (fiches d'information, ressources pour conduire un entretien motivationnel, ordonnance-type de TNS...).*

En outre, **l'intégration des usages** a pu être notée comme un élément facilitant l'appropriation de nouveaux outils, en favorisant leur mise en pratique quotidienne.

*Dans l'élaboration de ses outils d'évaluation-orientation avec re-contact ultérieur [O], l'équipe d'ELSA a ainsi veillé à une standardisation des fiches utilisées aux urgences avec celles déjà en vigueur dans le cadre de leurs activités au sein d'autres services. L'utilisation d'une fiche construite autour du déroulé d'entretien standardisé permet par ailleurs de répondre simultanément à plusieurs besoins (guide des échanges, traçabilité, évaluation ultérieure...).*

Enfin, les **outils de communication et d'accompagnement à la mise en œuvre** du projet ont également été mis en avant comme des facteurs de réussite des projets et d'utilisation des outils.

*Le caractère didactique de tels outils a été particulièrement important pour le déploiement du kit d'intervention [G], au cours duquel le porteur a réalisé un important travail de pédagogie pour faciliter l'appropriation des différents aspects de la démarche.*

### 3.7 [Cohérence externe] Le projet-outil s'inscrit-il dans une stratégie de diffusion collective (au-delà de sa seule mise en œuvre) ?

#### Un investissement variable dans les efforts de capitalisation et de retours d'expérience

S'agissant des démarches de retour d'expérience sur la conception et la mise en œuvre des projets, en vue de favoriser leur reproduction et/ou leur généralisation, celles-ci n'étaient **pas envisagées dans certains projets**, notamment régionaux, alors même que leur portée potentielle et leur efficacité auraient méritées un tel travail.

*De telles opportunités non exploitées concernent notamment la formation et l'accompagnement à la RDR [C], projet pour lequel aucun travail de capitalisation en tant que tel n'a été envisagé, malgré un souhait de généralisation. C'est aussi le cas du module de formation portant sur la communication autour de l'alcool pendant la grossesse [K], même si la conduite du projet a été tracée (CR détaillés, questionnaires de satisfaction), ou encore du kit de RPIB-orientation aux urgences [I], au sujet duquel seule une journée régionale de partage d'expérience a été organisée.*

En revanche, ces efforts de capitalisation constituent parfois **l'objectif même de certains projets**.

*Ainsi, la démarche et les outils de RDR liés à l'alcool à destination des travailleurs sociaux [B] livre sur une plateforme en ligne les pistes d'amélioration identifiées, ainsi qu'un guide de mise en œuvre et un guide repère sur l'accompagnement.*

*S'agissant du kit d'intervention en faveur de la réduction du tabagisme [G], l'expérimentation de différentes modalités d'intervention, les phases de test et de consolidation des ressources et outils et le suivi des difficultés rencontrées témoignent des efforts fournis par le porteur pour capitaliser. Élaborer le kit en se nourrissant de ces expériences était l'objectif du projet.*

*Les consultations infirmières d'alcoologie post-urgences [H] ont, quant à elles, fait l'objet d'une généralisation sur 10 établissements, à la suite d'un projet pilote. La documentation et l'analyse du déploiement ont permis d'aboutir à la production d'un guide de transférabilité.*

*Afin d'améliorer la connaissance des dispositifs et initiatives déployés à l'échelle territoriale en matière de pathologies duelles, et d'inciter les acteurs à se mettre en lien et à partager leurs expériences, l'association spécialisée en santé mentale [L] a entrepris un référencement et une diffusion des initiatives locales, notamment par le biais de son espace en ligne, d'une rubrique dédiée dans sa lettre d'information et de webinaires de partage d'expérience.*

Ces démarches de capitalisation-évaluation demeurent toutefois **plus ou moins formalisées et ambitieuses**. Elles ne sont que **rarement explicitées par les porteurs comme relevant d'une évaluation de la transférabilité et reproductibilité**. Elles relèvent ainsi de différents degrés d'ambition :

*Pour la traduction du protocole de psychothérapie destiné aux chemsexeurs [M], la démarche de capitalisation a exclusivement reposé sur des retours d'expérience des professionnels et sur une adaptation aux besoins exprimés lors de la phase test.*

*En ce qui concerne le kit d'intervention pour la réduction du tabagisme [G], seul un travail de capitalisation a été entrepris.*

*Quelques acteurs, comme l'association de prévention porteuse de la démarche et des outils de RDR [B], ont fait le choix de recourir à une évaluation externe, en l'occurrence par une équipe universitaire ayant pris en compte la question de la transférabilité de l'intervention.*

Pour réaliser ces démarches de capitalisation et de retours d'expérience sur la conception et la mise en œuvre de leurs projets, **les porteurs se sont toutefois heurtés à un certain nombre de freins**. Une **difficulté de certaines structures porteuses à se projeter dans de telles démarches** a été identifiée, se manifestant notamment lors de la réponse à l'AAP, alors même que la conception de l'outil et ses modalités de mise en œuvre ne sont pas encore figées. La **temporalité contrainte** de mise en œuvre du projet, d'une part, et le **renouvellement rapide au sein de l'équipe projet** (entrant en perte d'information), d'autre part, constituent les deux principaux autres freins rencontrés.

Parmi les leviers identifiés pour produire ce travail, le fait de **disposer d'instances et de ressources dédiées** au suivi de l'évaluation constitue un facteur non négligeable.

*Cette bonne pratique a notamment été mise en œuvre par le réseau associatif d'établissements de santé porteur du déploiement des consultations infirmières d'alcoologie post-urgences [H], qui s'est doté d'un comité scientifique regroupant des professionnels de l'addictologie et de l'alcoologie, ainsi que d'une spécialiste de l'évaluation de projets.*

Finalement, les **caractéristiques des projets favorables à leur reproductibilité et transférabilité** sont peu nombreuses à être énoncées. L'absence de spécificité territoriale, l'adaptabilité du projet lui-même et l'appui sur une approche éprouvée comme le RPIB constituent les principaux facteurs favorables à la reproductibilité et à la transférabilité identifiés au sein des projets étudiés.

#### **Des interrogations et suggestions sur le cadre du soutien du FLCA aux projets d'outillage**

De façon plus globale, certains acteurs interrogés ont émis des interrogations sur le cadre global de financement par le FLCA, au regard de la question de l'outillage des professionnels.

Ils ont notamment exprimé le souhait de voir lancer **une démarche de centralisation des projets d'outillage existants** dans un « lieu ressource », ou a minima, de voir encouragée la diffusion publique des projets financés par le FLCA et de leurs résultats, et ce dans une double perspective : le recensement de l'existant et la facilitation du redéploiement des actions sur d'autres territoires.

D'autre part, une partie des acteurs rencontrés pointe **les défauts de la logique d'AAP** par rapport celle d'un appel à manifestation d'intérêts (AMI) ou de conventionnements directs.

- Parmi les principales critiques adressées à son égard, l'AAP est jugé inadapté pour soutenir des démarches d'appropriation, d'adaptation et de consolidation d'approches ayant déjà fait leurs preuves, dans la mesure où ce dernier incite avant tout à la nouveauté.
- Un AAP encourage, d'une certaine façon, la mise en concurrence des acteurs, plutôt qu'une répartition raisonnée des ressources au regard des besoins identifiés et entre secteurs concernés.
- Le processus de sélection des projets implique un délai court de réponse pour les porteurs et une charge de travail importante pour les ARS, là où un AMI offre davantage de possibilités d'accompagnement des acteurs (ex. : audition préalable au dépôt final permettant d'effectuer des réajustements, programmation de points de suivi périodiques...).
- Les porteurs ayant leurs propres agendas et stratégies, le caractère ponctuel d'une procédure d'AAP peut conduire certains acteurs à s'en servir comme d'une opportunité de financement des projets qu'ils souhaitent faire émerger, et à répondre à certains attendus pour la forme.

Enfin, des acteurs interrogés expriment le souhait de pouvoir **s'inscrire dans une stratégie plus visible formulée par les institutions pilotes du FLCA** avec des « commandes » plus précises que des axes thématiques larges tels que ceux proposés dans le cadre des AAP (ex. : spécification d'un besoin donné, pour un public professionnel identifié).

### **3.8 [Efficience et durabilité] Les moyens engagés sont-ils justifiés et soutenables ? Le projet-outil s'inscrit-il dans la durée ?**

#### **Un jugement sur l'efficience des projets à distinguer en fonction de leur portée respective**

Les projets analysés ayant des **portées** très différentes, et les **effets produits** n'étant que très partiellement documentés, il est difficile de formuler un jugement global sur leur efficience, soit le rapport entre les résultats obtenus et les moyens engagés. Pour une première appréciation, il est proposé de distinguer les projets selon 3 critères :

- **Le potentiel de résultats pour les bénéficiaires directement inclus dans le périmètre du projet.** On s'intéresse plus particulièrement aux résultats exclusivement attendus pour les publics qui vont bénéficier du projet-outil pendant la période de sa mise en œuvre. Ici, les consultations infirmières d'alcoologie post-urgences [H], le module de formation à la communication sur l'alcool pendant la grossesse [K] ou encore les outils d'évaluation-orientation aux urgences avec re-contact [O] apparaissent intéressants.

*En effet, au regard des moyens engagés pour les consultations infirmières d'alcoologie post-urgences [H], le projet-outil semble avoir suscité l'adhésion des professionnels et permis de produire divers effets, aussi bien sur les professionnels ciblés que sur les bénéficiaires finaux (optimisation du temps médical, amélioration de l'accès aux soins et de la qualité de prise en charge), liés à une nouvelle organisation qui semble pouvoir être acquise par les équipes.*

5. À l'inverse, les projets comme la plateforme d'appui au RPIB [A], le socle commun d'intervention autour du tabac en MSP [D], la plateforme collaborative en ligne [E] ou bien encore le mur virtuel [J] semblent décevants du point de vue de leur capacité à produire des effets satisfaisants au regard des moyens engagés.

*Au regard du budget conséquent alloué au projet de socle commun d'intervention en MSP [D], les effets sur les changements de pratiques des équipes sont limités et le coût rapporté à chaque accompagnement d'un patient fumeur vraisemblablement supérieur à celui d'autres approches existantes.*

- **Le potentiel d'amplification ultérieure.** On s'intéresse aux projets-outils dont la logique d'intervention est susceptible de se voir démultipliée grâce à un déploiement au sein d'autres territoires et structures, auprès d'un public-cible potentiellement conséquent. Ici, le MOOC sur le tabac [F], les outils de coordination en cas de pathologies duelles [L] et le portail de ressources à destination du monde de l'entreprise [N] semblent particulièrement intéressants. Les premiers résultats obtenus semblent satisfaisants et leur amplification auprès de publics-cibles nombreux favoriserait le retour sur investissement au regard de moyens engagés.
- **Le potentiel d'enseignements grâce à la capitalisation sur l'expérience acquise.** On s'intéresse aux projets dont les résultats sont incertains en termes d'efficacité et de transférabilité, mais susceptibles d'apporter des retours d'expérience utiles, compte tenu de l'importance du sujet traité ou du caractère innovant de l'approche, par exemple, et grâce à une approche incluant cet effort de capitalisation. Ici, des projets comme la démarche et les outils de RDR [B] ou les consultations infirmières d'alcoologie post-urgences [H] apparaissent intéressants. À l'inverse, le kit d'intervention pour la réduction du tabagisme [G] et le kit de RPIB-orientation aux urgences [I] semblent moins intéressants, au regard des enseignements qui peuvent en être tirés, faute d'une méthode permettant de formaliser les enseignements tirés de leur mise en œuvre.

Outre la portée et les effets produits par les projets d'outillage, le 3<sup>e</sup> facteur d'importance inconnu au moment de l'étude est leur **pérennité dans le temps**. Des coûts élevés peuvent se justifier en termes d'investissement dans la durée ou s'avérer disproportionnés si le projet-outil est abandonné dans les années qui suivent.

#### **Un potentiel de pérennisation parfois perçu, mais rarement anticipé voire envisagé initialement**

Tous les projets-outils étudiés témoignent d'un potentiel de pérennisation – voire, pour certains d'un potentiel d'amplification au regard du public-cible potentiel – mais cet aspect est **peu anticipé** (pas de scénario de mise en routine) et parfois **omis par les porteurs** au départ du projet (effort concentré dans la réalisation).

*Dans le cas du projet de kit d'intervention en vue de la réduction du tabagisme [G], une réflexion secondaire a émergé chez le porteur, en vue de concevoir un projet-type d'accompagnement méthodologique*

(consistant en un guide d'accompagnement à l'appropriation), qui permettrait d'envisager un relai régional pour poursuivre le déploiement.

Un projet fait toutefois exception.

*Il s'agit du déploiement des consultations infirmières d'alcoologie post-urgence [H], consistant déjà en un projet d'amplification à de nouveaux sites, à l'issue d'une phase pilote antérieure.*

En ce qui concerne l'avenir des projets étudiés, les **perspectives connues** sont limitées, au moment de l'étude. Un seul projet, la plateforme d'appui au RPIB [A] a bénéficié d'un relai de financement par les structures utilisatrices. Des doutes sont toutefois émis par certains acteurs sur la pérennité du modèle économique. Le plus souvent, les porteurs expliquent être dépendants de nouveaux financements, ce qui entraîne chez eux de fortes incertitudes voire un sentiment de fragilité des projets-outils.

#### Diverses conditions de pérennisation des projets identifiées

En ce qui concerne les conditions de pérennisation des projets-outils décrites, qu'il s'agisse d'un prolongement auprès des utilisateurs existants ou de la diffusion à de nouveaux utilisateurs, trois familles de projets peuvent être distinguées.

- **Les projets-outils à actualiser ou à améliorer.** En dehors de l'accompagnement qui pourrait être envisagé de surcroît, l'actualisation et l'amélioration continue des contenus semblent particulièrement nécessaires pour assurer la pérennité de projets comme la démarche et les outils de RDR sur l'alcool [B], le MOOC sur le tabac [F], le kit d'intervention pour la réduction du tabagisme [G] ou encore le mur virtuel à destination des professionnels de CJC et MDA [J].

*Il en est de même pour le kit de RPIB-orientation aux urgences [I], pour lequel – indépendamment de l'accompagnement au déploiement et de la formation des professionnels à l'utilisation du kit – une mise à jour régulière des outils et une communication renforcée constituent deux conditions importantes de poursuite de sa diffusion.*

*Dans le cas du portail de ressources à destination des entreprises [N], l'actualisation et l'amélioration continue de l'outil constitue même une condition de crédibilité du projet.*

- **Les projets-outils à accompagner.** Pour certains projets, la mobilisation de moyens humains dédiés à leur appropriation est jugée souhaitable, nécessaire voire indispensable pour assurer leur pérennisation.

*Ces moyens peuvent être nécessaires au transfert à de nouveaux établissements, dépendant d'un accompagnement, comme dans le cas du kit d'intervention pour la réduction du tabagisme [G].*

*Les besoins humains peuvent porter sur des actions de formation et/ou de transfert de compétences, en vue d'accompagner les professionnels dans l'utilisation des outils, comme dans le cas des consultations infirmières d'alcoologie post-urgences [H], du kit de RPIB-orientation aux urgences [I] ou encore du protocole de psychothérapie à destination des chemsexeurs [M].*

*S'agissant du module de formation au sujet de l'alcool pendant la grossesse [K], un accompagnement est nécessaire pour poursuivre le déploiement auprès des professionnels de santé périnatale du territoire, en mobilisant de nouveaux relais de diffusion.*

- **Les projets-outils à faire vivre.** Pour assurer leur pérennité, enfin, d'autres projets-outils reposent sur un travail d'animation, dans la durée.

*Dans le cas de la formation et de l'accompagnement à la RDR [C], ou des consultations infirmières d'alcoologie post-urgences [H], les démarches doivent être poursuivies et maintenues dans les établissements engagés.*

*En ce qui concerne des projets comme la plateforme collaborative en ligne [E], les outils concernant les situations de pathologies duelles [L] ou encore le portail de ressources à destination des entreprises [N], la communication régulière auprès d'un auditoire constitué et l'animation de réseaux semblent cruciales pour faire perdurer ces projets.*

*En ce qui concerne plus spécifiquement les outils de coordination en cas de pathologies duelles [L], l'enjeu est de s'inscrire dans une logique d'amplification et de réponse à des sollicitations croissantes de la part des structures et professionnels concernés, logique traduite par le porteur dans la posture d'aller vers et de mise à disposition qu'il a adoptée.*

*Enfin, au sujet du portail de ressources à destination du monde de l'entreprise [N], une stratégie doit être déployée par le porteur pour lui permettre de rester en position de référence et de toucher davantage de publics professionnels éligibles.*

Lorsqu'elle est envisagée, **l'alternative « sans accompagnement » soulève des interrogations** quant aux résultats qui pourraient en être espérés.

*À titre d'exemple, dans la mesure où la démarche et les outils de RDR [B] reposent sur l'appropriation d'une méthode d'intervention, il paraît difficile de pérenniser et élargir le déploiement de cet outil sans un véritable accompagnement dédié.*

*S'agissant du module de formation au sujet de l'alcool pendant la grossesse [K], si des supports d'accompagnement ont été conçus pour un visionnage des vidéos en autonomie par les professionnels, un doute a par exemple été émis par une utilisatrice sur le niveau d'appropriation des messages pouvant être attendu en l'absence de formation en présentiel.*

### Des facteurs facilitant la pérennisation des projets

Au-delà de ces conditions, plusieurs facteurs semblent par ailleurs faciliter la pérennisation des projets-outils :

- La **gratuité** et les **licences libres**, qui permettent d'octroyer un droit de diffusion voire d'adaptation, identifiés dans le cas de la démarche de RDR à destination des travailleurs sociaux [B] et du portail de ressources à destination du monde de l'entreprise [N],
- Le **numérique**, permettant une réduction des coûts,
- L'appui sur un **réseau mobilisable** pour communiquer largement sur le projet,
- Le **soutien institutionnel**, comme dans le cas des outils de coordination en cas de pathologies duelles [L], où il confère au projet, selon le porteur, une crédibilité et la légitimité nécessaires à sa consolidation et à sa généralisation.

À quelques exceptions près, **le réemploi des outils créés est rarement envisageable** tel quel, dans un cadre différent. Parfois une **transposition** à d'autres substances ou à d'autres tranches d'âge pourrait être discutée

*Cela pourrait être le cas pour le kit de RPIB-orientation aux urgences [I], tel que déjà réalisé par l'équipe de l'ELSA à l'origine des outils d'évaluation-orientation aux urgences avec re-contact [O].*

Par ailleurs, certains **principes** marquants des projets-outils étudiés peuvent constituer une source d'inspiration pour d'autres projets

*On pense notamment à la pédagogie par simulation dans le cas du module de formation au sujet de l'alcool pendant la grossesse, à destination des professionnels de la santé périnatale [K], ou aux ateliers de renforcement des liens entre acteurs employés au sein du projet d'outillage dédié aux pathologies duelles [L].*

## 4. Cartographie des projets d'outillage

### 4.1 Projets nationaux

Par rapport aux autres projets, les projets d'outillage sont marqués par une première différence, concernant les substances concernées (cf. Figure 3 ci-dessous) : la moitié se concentre sur la catégorie « Tous produits », contre 20 % parmi les autres projets. À l'inverse, le tabac constitue l'objet de 70 % des projets ne relevant pas de l'outillage, contre 25 % des projets d'outillage.

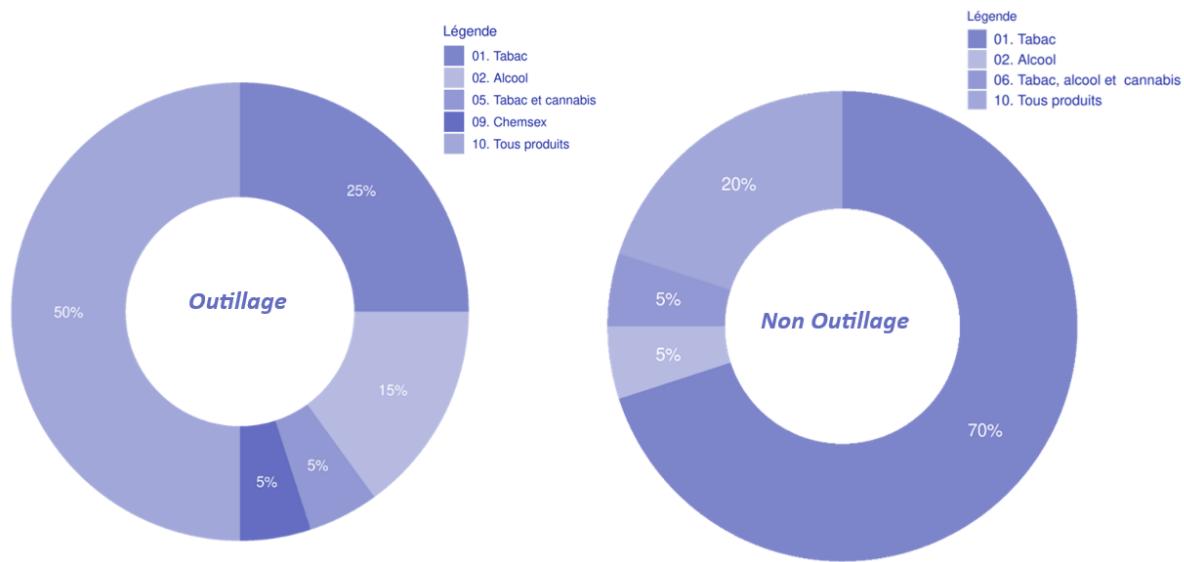


Figure 3. Substances concernées par les projets nationaux (projets d'outillage ou non)

Sur le plan budgétaire, la part du financement consacrée aux projets dédiés à l'outillage des professionnels est passée de 35 % en 2018 à 50 % en 2019 (cf. Tableau 3 ci-dessous). Cette augmentation est attribuable à l'augmentation de la proportion de projets de ce type parmi ceux financés : 4 sur 15 en 2018 contre 16 sur 25 en 2019.

Tableau 3. Budget alloué par années aux projets nationaux (projets d'outillage et total)

Année	Outilage : montant (%)	Total
2018	1 397 462,00 € (35 %)	3 980 022,00 €
2019	6 186 761,00 € (50 %)	12 459 256,00 €
Total	7 584 223,00 € (46 %)	16 439 278,00 €

Les budgets des projets nationaux visant à l'outillage des professionnels étaient en moyenne supérieurs à ceux des autres projets en 2018, et inférieurs en 2019 (cf. Tableau 4). Le budget le plus important s'élevait à 1,5 M€ au

sein des projets d'outillage des professionnels, contre 3,7 M€ parmi les autres projets. Les budgets les plus faibles étaient de 25 K€ dans les deux catégories.

Tableau 4. Budgets moyens alloués chaque année aux projets nationaux par type de projet

Année	Outilage	Autres projets
2018	349 366 €	241 896 €
2019	359 117 €	696 944 €

La durée moyenne des projets était sensiblement similaire, qu'il s'agisse d'un projet d'outillage ou non, avec une moyenne de 31,3 ou 31,5 mois.

Enfin, s'agissant des publics destinataires des interventions, des différences étaient présentes (cf. Figure 4 ci-dessous). Au sein des projets d'outillage, les principaux publics ciblés étaient « les professionnels de santé (y compris les étudiants en filière santé) » à hauteur de 29 %, suivis par « les jeunes en dehors du milieu scolaire » (24 %) et « les personnes en situation de précarité sociale » à 14 %. En ce qui concerne les autres projets, les bénéficiaires principaux étaient en premier lieu « les jeunes en dehors du milieu scolaire » avec une part de 32 %, suivis par « d'autres catégories de publics » à 21 % et le grand public à 16 %.

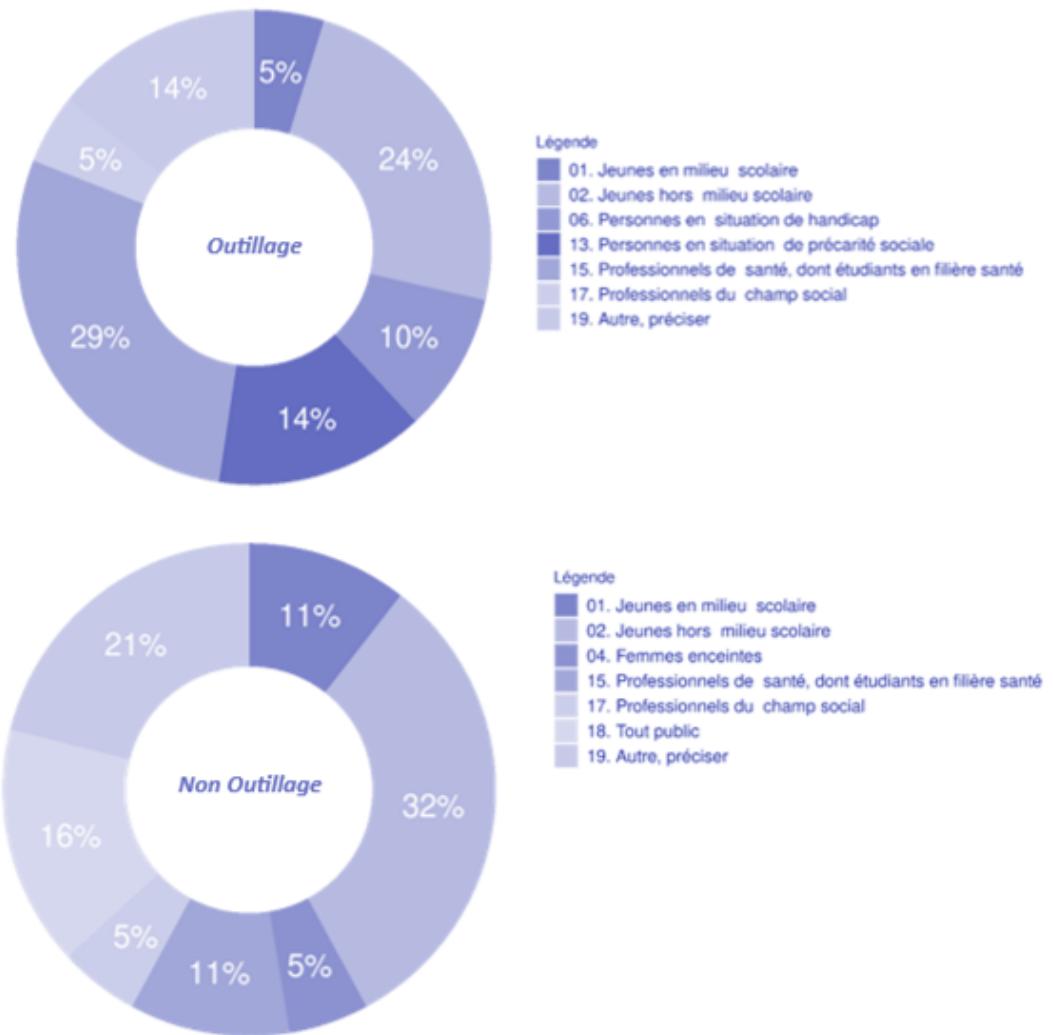


Figure 4: Publics finaux des projets (projets d'outillage ou non)

Avec néanmoins un recul limité et des fluctuations importantes<sup>3</sup> (dans un sens ou dans l'autre selon les régions), la part des projets régionaux financés par le FLCA relevant de l'outillage des professionnels tend à augmenter (proportion globale supérieure en 2019 et 2020 par rapport à 2018, raréfaction des régions ne comptant aucun projet financé de ce type, cf. Tableau 5). En termes de couverture, en 2018 seules 6 régions étaient concernées par de tels projets, alors que toutes l'étaient en 2019. Dans certaines régions où les projets d'outillage étaient les plus nombreux en 2018 (Occitanie, Centre-Val-de-Loire et Pays-de-la-Loire), on observe néanmoins ensuite une réduction du nombre de nouveaux projets de ce type.

<sup>3</sup> Ces fluctuations sont aussi le fait d'une durée de financement du projet variable, allant 1 an à 3 ans.

Tableau 5. Nombre et part des projets d'outillage des professionnels parmi ceux retenus, par région et par année

	2018	2019	2020
<b>Auvergne-Rhône-Alpes</b>	0/0 (0 %)	8/8 (100 %)	0/1 (0 %)
<b>Bourgogne-Franche-Comté</b>	0/11 (0 %)	10/12 (83 %)	2/14 (14 %)
<b>Bretagne</b>	0/21 (0 %)	9/16 (56 %)	6/13 (46 %)
<b>Centre-Val-de-Loire</b>	22/26 (85 %)	17/23 (74 %)	0/16 (0 %)
<b>Corse</b>	0/2 (0 %)	5/9 (56 %)	0/0
<b>Grand Est</b>	5/14 (36 %)	4/12 (33 %)	7/11 (64 %)
<b>Hauts-de-France</b>	1/7 (14 %)	10/13 (77 %)	14/17 (82 %)
<b>Île-de-France</b>	0/61 (0 %)	18/46 (39 %)	9/38 (24 %)
<b>Normandie</b>	0/4 (0 %)	8/16 (50 %)	12/33 (36 %)
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	0/34 (0 %)	20/33 (61 %)	15/20 (75 %)
<b>Occitanie</b>	21/39 (54 %)	17/24 (71 %)	4/9 (44 %)
<b>Pays-de-la-Loire</b>	10/13 (77 %)	10/16 (63 %)	5/9 (56 %)
<b>Provence-Alpes-Côte-d'Azur</b>	9/17 (53 %)	11/23 (48 %)	6/22 (27 %)
<b>DROM</b>	5/12 (42 %)	14/36 (39 %)	1/14 (7 %)
<b>Total</b>	73/261 (28 %)	161/287 (56 %)	81/217 (37 %)

En ce qui concerne les substances et addictions ciblées, l'analyse des projets régionaux est limitée par les changements des modalités de catégorisations entre 2018 et 2019, puis entre 2019 et 2020, qui rendent mieux compte des projets ciblant plusieurs produits, les polyconsommations ou aucun produit en particulier. D'une manière générale, les projets relatifs au tabac demeurent prédominants, que les projets portent ou non sur l'outillage des professionnels (cf. Tableau 6).

Tableau 6. Substances concernées par les projets régionaux par année

	2018		2019		2020	
	Outilage	Autres	Outilage	Autres	Outilage	Autres
<b>Tabac</b>	68 (93 %)	185 (98 %)	72 (45 %)	31 (25 %)	31 (38 %)	33 (24 %)
<b>Tous produits</b>	5 (7 %) (2 %)	3	54 (34 %)	58 (47 %)	NA	NA
<b>Autre, préciser</b>	NA	NA	1 (1 %) (0 %)	0	0 (0 %) (3 %)	4
<b>Autre : alcool et écrans</b>	NA	NA	0 (0 %) (1 %)	1	NA	NA
<b>Autre : tabac, alcool, opioïdes</b>	NA	NA	0 (0 %) (1 %)	1	NA	NA
<b>Alcool</b>	NA	NA	11 (7 %) (2 %)	3	6 (7 %) (4 %)	5
<b>Cannabis</b>	NA	NA	0 (0 %) (1 %)	1	1 (1 %) (1 %)	2
<b>Tabac et alcool</b>	NA	NA	1 (1 %) (3 %)	4	NA	NA
<b>Tabac et cannabis</b>	NA	NA	3 (2 %) (2 %)	2	NA	NA
<b>Tabac, alcool et cannabis</b>	NA	NA	18 (11 %)	23 (19 %)	NA	NA
<b>Opioïdes</b>	NA	NA	1 (1 %) (0 %)	0	NA	NA
<b>Chemsex</b>	NA	NA	NA	NA	NA	NA
<b>Projet ne ciblant pas un produit particulier ou polyconsommation</b>	NA	NA	NA	NA	43 (53 %)	92 (68 %)
<b>Total</b>	73	188	161	124	81	136

Sur le plan budgétaire, l'année 2019 a été marquée à la fois par un financement total alloué plus élevé que les années 2018 et 2020 et par une part particulièrement importante de projets dédiés à l'outillage des professionnels : 65 %, contre 33 % en 2018 et 49 % en 2020 (cf. Tableau 7 ci-dessous).

Tableau 7. Budget alloué par années aux projets régionaux (projets d'outillage et total)

Année	Outilage : montant (%)	Total
2018	7 131 248,00 € (33 %)	21 782 198,05 €
2019	19 657 583,00 € (67 %)	29 524 080,00 €
2020	9 997 823,00 € (49 %)	20 370 918,00 €
<b>Total</b>	<b>36 786 654,00 € (51 %)</b>	<b>71 677 196,05 €</b>

En moyenne, les budgets des projets régionaux étaient plus conséquents pour les projets d'outillage que pour les autres types de projets (cf. Tableau 8).

Tableau 8. Budgets moyens alloués chaque année aux projets régionaux par type de projet

Année	Outilage	Autres projets
2018	97 198 €	84 524 €
2019	124 055 €	83 932 €
2020	114 688 €	76 272 €

## 5. Conclusion

L'analyse transversale des 15 projets étudiés a permis de mettre en exergue différents aspects déterminants pour favoriser la pertinence et l'efficacité de projets d'outillage des professionnels.

On note tout d'abord l'importance de la conduite d'une démarche d'identification et de qualification des besoins, en amont des projets, en particulier pour ceux ciblant plusieurs catégories de professionnels, afin de repérer leurs spécificités ainsi que la superposition des besoins des professionnels avec ceux des bénéficiaires finaux. Ces démarches n'étaient que très rarement structurées et formalisées, l'identification des besoins reposant principalement sur des constats empiriques issus d'approches pragmatiques. En outre, ces besoins n'étaient pas toujours établis de façon précise et complète, ce qui limitait leur utilisation pour orienter précisément les objectifs des projets.

De même, les démarches d'état des lieux et d'analyse des outils déjà existant réalisées par les porteurs étaient rarement documentées, structurées et formalisées. En ce qui concerne l'environnement professionnel concerné par les projets, les porteurs semblaient toutefois accorder une attention particulière au fait de favoriser l'intégration de leur outil à celui-ci.

D'autre part, l'évaluation a montré que les porteurs n'explicitaient que très peu la logique d'intervention sous-jacente à leurs projets d'outillage et ne réalisaient que rarement un diagnostic du contexte dans lequel celle-ci devait prendre place. Ce manque de formalisation a pu limiter l'anticipation de certains freins ensuite rencontrés dans l'implantation des projets et l'appropriation des outils (liés à la culture professionnelle des acteurs, aux organisations en place...). Les choix d'outils opérés par les porteurs restaient néanmoins le plus souvent cohérents avec la stratégie d'intervention du projet, même si ces choix reposaient davantage sur des critères empiriques que sur des données probantes.

L'analyse de la démarche d'élaboration et d'implantation des projets d'outillage a permis de faire ressortir un certain nombre de bonnes pratiques d'ingénierie de projet ainsi que des freins. L'association des professionnels ciblés a été très souvent été recherchée, et ce à différentes étapes des projets et selon des modalités diverses. En complément, les porteurs ont souvent eu recours à des partenaires dont l'implication permettait de renforcer les appuis et les compétences mobilisées. Enfin, l'accompagnement à l'implantation constituait une étape clé récurrente au sein des projets d'outillage étudiés, se concrétisant selon une intensité, une structuration et des modalités diverses.

S'agissant de l'implantation effective des projets d'outillage, le manque important de données de suivi-évaluation permettant de décrire la chaîne de production des effets limite de façon majeure les possibilités d'appréciation. On note, toutefois, que la phase de diffusion des outils n'a pas semblé faire l'objet de difficultés particulières, même si des disparités entre les professionnels ciblés pouvaient être identifiées dans le degré de connaissance des outils diffusés. Le niveau d'utilisation des outils demeure, quant à lui, peu objectivé, même si certains indicateurs permettent d'apprécier, dans certains cas, les réussites et difficultés de certains projets. Du point de vue de l'adhésion et de l'appropriation des outils, l'étude a permis de faire ressortir à la fois des leviers et des facteurs bloquants, une partie de ces derniers pouvant parfois être levés par un accompagnement dédié des professionnels. Les effets des projets sur les publics ciblés étaient également peu documentés, mais les données disponibles permettent toutefois d'apprécier, dans certains cas étudiés, une certaine adhésion des professionnels, voire, parfois, des changements de pratiques. D'autres projets n'ont toutefois pas permis de produire les effets escomptés sur les publics professionnels. Si l'évaluation n'a permis d'identifier que peu d'effets spécifiquement liés à la nature des outils déployés, certaines caractéristiques facilitantes ont été mises en exergue, notamment liées à l'usage du numérique.

En termes de stratégie de diffusion collective des résultats des projets d'outillage, au-delà de leur seule mise en œuvre, les porteurs ont fait preuve d'un investissement variable sur le travail de capitalisation et de retours d'expérience. Ces dimensions constituaient néanmoins l'ambition même de certains projets. Plus globalement, l'étude a par ailleurs été l'occasion pour certains acteurs d'émettre des interrogations et de faire des suggestions quant au cadre de soutien des projets offert via le FLCA.

Enfin, l'analyse du rapport entre les moyens engagés et les résultats obtenus a montré la nécessité d'adopter une grille de jugement différente selon la portée des projets. Certains comportent, plus que d'autres, un potentiel de pérennisation voire d'amplification. D'autres, encore, peuvent être plus particulièrement l'opportunité d'enseignements utiles. Néanmoins, cette dimension n'est que très rarement anticipée par les porteurs et n'est parfois même pas envisagée initialement.

S'agissant de la cartographie analytique des projets d'outillage des professionnels, la portée des résultats est limitée par l'ampleur de la période couverte (2 ans pour les projets nationaux, 3 pour les régionaux) ainsi que les changements opérés dans les modalités de catégorisation des projets. Les projets nationaux portent plus souvent sur tous types de produits, alors que le tabac reste une cible prépondérante des projets régionaux. Globalement, les projets d'outillage occupent une place conséquente de l'ensemble des projets (en nombre et en part de financements), même si la part consacrée à ces projets fluctue de façon importante d'une année sur l'autre selon les régions.

## 6. Recommandations

### 6.1 Recommandations en vue d'améliorer le cadre global de pilotage et soutien des projets d'outillage des professionnels

1. Renforcer la structuration du processus de sélection et de soutien par le FLCA des projets d'outillage (sous forme d'AAP ou autre)

1.1. Distinguer les projets en fonction de leurs ambitions, selon :

- L'étape où ils se situent dans le processus d'expérimentation : projet pilote, implantation d'une stratégie ayant fait ses preuves, amplification,
- Leur périmètre et leur cible potentielle : nombre de professionnels et de bénéficiaires concernés, capacité potentielle de diffusion,
- Leur potentiel d'enseignement au sujet d'une stratégie ou d'un contexte d'intervention,

1.2. Et organiser un traitement différencié de ces projets en matière de :

- Financement,
- Critères de sélection,
- Critères de capitalisation et/ou d'évaluation : efficacité d'une stratégie, faisabilité, conditions de réussite et facteurs d'échec, conditions de mise en œuvre dans différents contextes, facteurs d'implantation, transférabilité/reproductibilité

1.3. ... en plusieurs étapes : sélection, cadrage, structuration de l'évaluation

2. Renforcer le pilotage de la mise à disposition de démarches d'outillage des professionnels dans le champ des addictions, au moins dans le périmètre des projets régionaux et nationaux financés par le FLCA

2.1 Initier un processus centralisé de référencement des approches et outils existants

2.2 Préciser les attendus sur les caractéristiques des projets à communiquer par les porteurs pour leur bon référencement

2.3 Diffuser les résultats porteurs d'enseignements (retours d'expérience, évaluations) : efficacité, conditions d'implantation...

2.4 Analyser et distinguer les besoins justifiant un soutien de types :

- Renforcement,
- Amplification, notamment à partir de l'échelle régionale,
- Transfert de l'existant et adaptation,
- Intégration dans le droit commun,
- Création de nouveaux outils,

2.5 Organiser la réponse à certaines priorités ciblées

## 6.2 Recommandations en vue d'améliorer la sélection et le soutien des projets d'outillage des professionnels

L'exposé de ces recommandations mérite, au préalable, la mise en exergue de deux constats tirés des conclusions des études de cas : d'une part, aucun critère ne garantit à lui seul la valeur d'un projet d'outil, ensuite peu de critères sont susceptibles d'être systématisés.

Ainsi, les critères identifiés doivent être pris en compte de façon combinée, dans une perspective de maximisation les chances de soutenir un projet pertinent et efficace. C'est la juxtaposition de ces critères qui est de nature à favoriser le succès du projet d'outillage, comme le décrit la Figure 5.

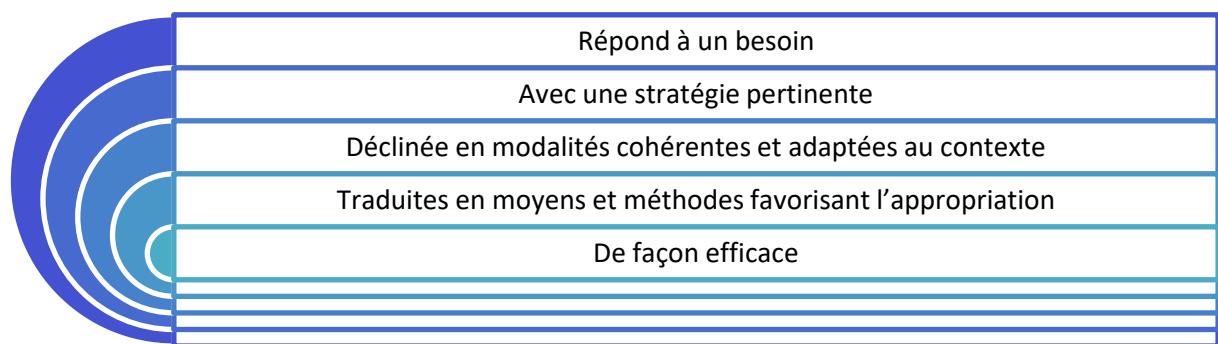


Figure 5. Juxtaposition de critères de nature à favoriser le succès des projets d'outillage

D'autre part, la temporalité des projets doit également être prise en compte lors de l'application de ces critères. Dans certains cas, des choix de stratégie ou de mise en œuvre doivent être opérés précocement dans la vie du projet d'outillage, dans d'autres il peuvent être réalisés en cours de mise en œuvre. Il s'agit donc de s'adapter à la capacité de prise en compte de ces critères par le porteur (analyse structurée des besoins, diagnostic du contexte d'intervention...), aux différents temps du projet : en amont de l'appel à projet, lors de la phase de cadrage, ou ultérieurement.



Les 7 recommandations stratégiques suivantes sont déclinées en critères de sélection des projets d'outillage, visant à aider le comité technique du FLCA à sélectionner les dossiers de candidatures reçus, accompagnés des modalités opérationnelles correspondantes (attendus du cahier des charge, bonnes pratiques à favoriser), destinées à orienter les porteurs sur le plan pratique.

### 1. S'assurer de la réponse à un/des besoin(s) comme point de départ ou condition d'approfondissement d'un projet

1.1 Le porteur d'appuie sur une méthode formalisée et structurée de recueil et d'analyse du/des besoin(s) exprimé(s)/perçu(s) par les professionnels au regard de leur expérience actuelle au contact des publics

1.2 Les besoins des professionnels sont établis de façon claire et étayée : données, argumentation

1.3 Un effort est fait d'identification et de description de l'outillage existant : son insuffisance ou son inadéquation est argumentée

1.4 Le(s) besoin(s) des publics bénéficiaires sont explicités et documentés : leur superposition avec celui/ceux des professionnels ciblés est établie et démontrée

En ce qui concerne les attendus à mettre en exergue au sein du cahier des charges pour s'assurer de la réponse à un/des besoin(s), les modalités de recueil (enquête, retour d'expérience organisé, groupe de travail, etc.) des

besoins des professionnels ciblés doivent être explicitées par le porteur. Ce dernier devra notamment justifier le choix de ces modalités en faisant attention à trouver l'équilibre entre rigueur et pragmatisme, tout en exposant les contraintes et opportunités de mobilisation des publics professionnels cibles.

Le dossier de candidature devra caractériser et décrire de façon argumentée et structurée les besoins, les limites de l'outillage existant ainsi que la capacité du projet à dépasser ces limites.

Pour les projets ciblant des publics professionnels multiples, le porteur devra veiller à l'inclusion de tous dans les modalités de recueil des besoins choisies. Il devra expliciter les similitudes ainsi que les divergences dans les besoins identifiés et en déduira d'éventuels facteurs de différenciation à prendre en compte au sein du projet pour s'adapter aux spécificités des besoins de chaque public. Enfin, le porteur documentera les besoins des bénéficiaires finaux et explicitera les bénéfices attendus de l'outillage des professionnels de leur point de vue.

Une vigilance particulière devra être portée aux projets prenant appui sur un autre point de départ que l'identification première d'un besoin (par exemple lors du réemploi d'un outil préexistant, ou dans le cas d'un projet reposant sur la volonté de diffuser un modèle...) ainsi qu'aux projets ciblant plusieurs publics professionnels.

## 2. S'assurer de la prise en compte du contexte spécifique d'intervention en préalable à la conception définitive et à la mise en œuvre

2.1 Le porteur réalise un diagnostic du contexte d'intervention en s'appuyant sur une démarche de recueil et d'analyse structurée et adaptée aux enjeux du projet, couvrant les dimensions pertinentes

2.2 Un diagnostic complet et approfondi permet au porteur d'identifier des opportunités et risques pour les étapes ultérieures du projet (conception, implantation...), à partir desquels des choix opérationnels sont faits et justifiés

Le cahier des charges devra permettre de s'assurer de la prise en compte du contexte d'intervention par le projet d'outillage avant sa conception définitive et sa mise en oeuvre en exigeant une explicitation et une justification développée de la méthode de diagnostic utilisée (grille exploratoire, entretiens, observation, visite sur site, *focus group*, etc.). Le porteur devra également décrire de façon précise et justifiée les dimensions explorées, au regard de l'état des connaissances et des caractéristiques du projet, notamment :

- Le milieu d'intervention : contexte d'exercice, contraintes pratiques, techniques et organisationnelles, hiérarchie et dynamiques collectives, caractéristiques des publics bénéficiaires et de leur parcours, cadre de rencontre des bénéficiaires par les professionnels...
- Le public professionnel ciblé : freins et leviers de mobilisation, craintes et motivations, approches et pratiques usuelles, culture professionnelle et postures, point de vue *a priori* sur l'outillage futur.

Enfin, le cahier des charges exigera du porteur qu'il explique de façon précise et argumentée les choix faits à l'issue de la phase de diagnostic (approche, méthode, outils...), notamment en termes de leviers mobilisés, d'objectifs de conduite du changement, etc.

Ces attendus doivent être adaptés aux circonstances d'analyse des projets : la méthode de diagnostic et les résultats susceptibles d'être attendus ne peuvent être les mêmes si ce diagnostic a été réalisé en amont du dépôt initial ou lors d'une phase de cadrage, le projet étant déjà amorcé.

La prise en compte du contexte d'intervention et les modalités d'accompagnement devront faire l'objet d'une attention particulièrement renforcée pour les projets impliquants des changements culturels et organisationnels importants. En outre, les spécificités et les différences de modes de pratique parfois constatées au sein d'un même public professionnel méritent d'être mises en lumière et prises en compte.

### **3. Contrôler la justification de la logique d'intervention, analyser sa pertinence et sa cohérence**

3.1 La logique d'intervention est explicitée (stratégie de réponse aux besoins, mécanismes découlant des actions, effets directs et indirects attendus...)

3.2 Les données probantes (de nature scientifiques et expérimentielles) sont mobilisées à la hauteur des possibilités offertes dans le domaine d'intervention (données existantes) et permettent une justification argumentée de la logique d'intervention

3.3 La logique d'intervention est cohérente en elle-même ainsi qu'avec le contexte : choix opérationnels justifiés par rapport aux objectifs et mécanismes mobilisés, complémentarités entre les étapes et volets, adéquation avec les principes d'accompagnement plus globaux

En pratique, le cahier des charges énoncera des attentes en ce qui concerne la réalisation argumentée de l'état des connaissances. D'une part, celui-ci devra à la fois couvrir les problèmes déjà documentés (publics et leur parcours, difficultés dans les pratiques) et les solutions déjà testées (actions probantes). D'autre part, la nature des données mobilisées devra être adaptée à l'existant, en s'intéressant selon les cas aux interventions ayant fait leur preuve, aux leviers d'intervention probants, aux données expérimentielles, etc.

Un exposé des objectifs stratégiques et opérationnels du projet devra être attendu, comme des actions prévues, de l'enchaînement des effets escomptés, et ce au regard des mécanismes supposés de production de ces effets ainsi qu'une justification des hypothèses formulées à partir de l'état des connaissances.

Les zones de risque ou d'incertitude pressenties devront être présentées par le porteur, qui sera ensuite chargé d'expliquer les modalités de prise en compte de celles-ci au sein de la stratégie d'intervention (vérifications préalables à certaines étapes, alternatives possibles, etc.).

Enfin, le porteur devra argumenter les choix opérationnels faits.

Parmi les points de vigilance, une attention particulière sera portée aux projets complexes, notamment ceux avec des objectifs multiples, avec un caractère pluriprofessionnel ou impliquant des collaboration entre acteurs/structures.

### **4. Veiller à la mise en œuvre de modalités d'accompagnement à l'implantation cohérentes avec les contraintes et leviers mobilisables**

4.1 Des modalités d'accompagnement au déploiement et à l'implantation sont définies et justifiées au regard du contexte d'intervention, de la conduite du changement à opérer et du dimensionnement du projet

4.2 Différentes modalités d'accompagnement sont envisagées en complémentarité

Ici, le cahier des charges devra prévoir que soient exposées les conclusions du diagnostic du contexte d'intervention, notamment les freins et leviers à l'implantation identifiés, mais également les besoins, contraintes et spécificités des professionnels ciblés. Le choix des modalités d'accompagnement retenues (nature, dimensionnement) devra être argumenté au regard de leurs avantages et inconvénients propres ainsi que leur éventuelle complémentarité. La déclinaison opérationnelle de ces modalités devra être exposée, en décrivant les ressources nécessaires (humaines, financières, etc.) et les vérifications et adaptations à envisager en cours de mise en œuvre si besoin.

En termes de vigilances à avoir, la notion d'implantation doit être prise en compte à court, moyen et long terme (maintien d'une dynamique, évolution possible des besoins, etc.). La bonne prise en compte des besoins de formation, de communication au long de la mise en œuvre et des possibilités de feedback de la part des professionnels semble par ailleurs indispensable.

## **5. Veiller à la mobilisation des parties prenantes clés**

5.1 Le porteur dispose, en interne et/ou grâce à la mobilisation de partenaires, de l'ensemble des compétences nécessaires à la conduite du projet

5.2 Le porteur démontre sa capacité à mobiliser les professionnels ciblés et propose des modalités d'association adaptées et argumentées

5.3 Les partenaires mobilisés sont pertinents et qualifiés au regard des objectifs du projet et n'entretiennent aucun lien avec l'industrie du tabac et de l'alcool

5.4 Le porteur analyse les possibilités d'association des bénéficiaires et argumente les choix faits en la matière

Le cahier des charges incitera le porteur à expliciter de quelle façon il entend couvrir les besoins en termes de compétences indispensables à la mise en œuvre du projet, le cas échéant par la mobilisation de parties prenantes clés et structurantes : pilotage du projet et lien avec les institutions, ingénierie de projet de prévention et méthodes, expertise en addictologie, expertise thématique ou sectorielle, déclinaisons techniques spécifiques (communication, audiovisuel, pédagogie...).

Une présentation des partenaires mobilisés et de leurs modalités de contribution devra être attendue du porteur : étapes du projet concernées, capacités propres du partenaire, apports espérés.

Les modalités d'association des professionnels ciblés par le projet devront être décrites de façon précise et argumentée. Le porteur justifiera le choix fait des étapes du projet auxquelles les professionnels seront associés, en garantissant des possibilités d'ajustement suffisantes, il fera le lien avec les leviers de motivation identifiés au sein du public cible, et précisera les modalités de sélection des professionnels associés à la mise en œuvre du projet, en tenant compte des avantages et inconvénients des différentes options envisageables (biais de volontariat, effet levier de l'exemplarité...).

## **6. S'assurer de la mise en œuvre de modalités de suivi-capitalisation-évaluation adaptées dans leurs ambitions et leurs modalités**

6.1 Les visées de la/les démarche(s) de suivi-capitalisation-évaluation sont explicitées et justifiées au regard des ambitions du projet

6.2 Les objectifs et modalités de mise en œuvre de cette/ces démarche(s) sont adaptés à ces visées, aux spécificités du projet et aux capacités du porteur

6.3 Les opportunités d'objectiver certaines étapes dans l'enchaînement « diffusion → effet » sont analysées et découlent sur des choix argumentés de recueil de données

Ici, le cahier des charges devra inviter le porteur à expliciter et justifier ce qu'il attend des démarches envisagées : rendre seulement compte de l'utilisation des financements, fournir une aide à la décision quant aux suites éventuelles du projet (poursuite, amplification, généralisation, transposition...), identifier des pistes d'amélioration et d'amélioration de la stratégie d'intervention ?

Les objectifs de la/des démarche(s) de suivi, capitalisation et/ou évaluation doivent être explicités et justifiés. À titre d'illustration, ces objectifs pourraient porter sur l'objectivation des mécanismes de production des effets dans le cadre d'un projet pilote, la quantification des résultats obtenus dans une première phase avant une éventuelle amplification, ou encore sur l'analyse des conditions d'implantation d'un outil dans une perspective de généralisation ultérieure.

Le porteur expliquera par ailleurs de façon argumentée son positionnement dans l'équilibre à trouver entre facilité d'accès et d'utilisation des outils proposés, pour les professionnels, et recueil minimal de données de suivi et/ou évaluation.

Enfin, le porteur indiquera de façon explicite les modalités et ressources spécifiquement dédiées au travail de suivi, capitalisation et/ou évaluation.

Parmi les recommandations à adresser aux porteurs, l'opportunité du recours à un évaluateur extérieur devra être analysée, au regard de la complexité du projet, des attendus en termes d'indépendance de la démarche d'évaluation, ou encore de l'intérêt de la mobilisation de compétences académiques.

De façon plus générale, il semble par ailleurs nécessaire de définir et afficher une doctrine précisant les attendus concrets sur ces démarches, notamment en termes de production de données *ad hoc* ou en routine et de contreparties minimales de retour de la part des utilisateurs...

## 7. Inciter à l'amorce d'une réflexion sur les perspectives potentielles de sortie du cadre expérimental

### 7.1 Le porteur s'est projeté dans des scénarios de mise en routine qui s'appuient sur des hypothèses crédibles

Le porteur devra évoquer, en réponse au cahier des charges, les suites envisagées de son projet (pérennisation, extension, etc...). Il analysera les conditions déjà identifiables d'intégration de l'outil à l'environnement professionnel visé (ex. : lien avec la formation initiale ou continue déjà proposée ou en développement) et de relai institutionnel (ex. : insertion dans les processus de fonctionnement d'une structure). Enfin, le porteur fera une proposition argumentée d'un ou plusieurs scénarios de mise en routine ultérieure.

Une attention particulière sera accordée aux projets dépendant de ressources importantes et prolongées en termes d'accompagnement.

## 7. Annexes

### 7.1 Référentiel d'évaluation

#### 7.1.1 Outilage au service d'objectifs de politique publique

Registres	Questions	Critères	Indicateurs / descripteurs
Pertinence	Le projet-outil répond-il à un besoin et comble-t-il un manque ?	Une démarche d'identification et de qualification des besoins tenant compte de l'existant était prévue et a été conduite	Recueil auprès des acteurs, explicitation dans la réponse à l'AAP...
		Le besoin est établi	
		L'existant est identifié mais présente des limites	
	Le projet-outil s'inscrit-il dans une priorité de santé publique établie ?	Les objectifs sont justifiés par un exposé de l'état des connaissances documenté	Données épidémiologiques, problèmes rencontrés...
		Le projet-outil cible un/des besoins établi(s) concernant un public professionnel concerné <sup>4</sup>	Cf. PNLT, PNMA...
		Le projet-outil cible un/des besoins établi(s) concernant un public de bénéficiaires concerné	

<sup>4</sup> Ex. : professionnels de premier recours = RPIB, nouveaux prescripteurs de TSN / Spécialistes des addictions / Autres professionnels de santé = périnatalité, urgences / Autres professionnels = éducation, social, médico-social...

Registres	Questions	Critères	Indicateurs / descripteurs
<b>Cohérence externe</b>	Le projet-outil est-il conçu en complémentarité de l'existant ?	Des ressources permettant la diffusion des outils existants sont connues et ont été consultées / Une démarche de référencement de l'existant a été conduite	
		L'articulation des outils produits avec ceux existant a été travaillée, ainsi que l'intégration à l'environnement professionnel existant	Intégration à des logiques d'information et de formation continue de professionnels, diffusion des outils en lien avec des événements clés (Mois sans tabac, Journée mondiale de lutte contre le tabac...)
	Le projet-outil s'inscrit-il dans une stratégie de diffusion collective ?	La démarche projet prévoit un travail de capitalisation détaillée, ce travail a été réalisé pendant la mise en œuvre ou à la fin de projet	Cadrage de la démarche de capitalisation, recueils d'informations, analyse des données recueillies, rédaction/validation et diffusion des éléments capitalisés
		La démarche projet prévoit une évaluation de la reproductibilité / transférabilité, cette évaluation a été réalisée	
			Le projet-outil présente des caractéristiques favorables à sa reproductibilité / transférabilité

Registres	Questions	Critères	Indicateurs / descripteurs
		Freins rencontrés et leviers identifiés dans ces démarches	Temps pouvant y être consacré

#### 7.1.2 Outilage comme composante d'interventions

Registres	Questions	Critères	Indicateurs / descripteurs
<b>Cohérence interne</b>	Le choix des outils s'inscrit-il dans une démarche à la fois pragmatique et fondée sur les données probantes ?	Un diagnostic du contexte d'intervention a été réalisé (acteurs concernés, attentes, forces, faiblesses, opportunités, risques), des hypothèses ont été formulées	Travail collaboratif préparatoire (ex. : avec une société savante)
		Une logique d'intervention est définie (cadre théorique, modèle, mécanismes à mobiliser)	
		Les outils choisis ou créés sont en adéquation avec les objectifs du projet et la logique d'intervention adoptée	
		Les outils choisis ou créés sont conçus en cohérence avec les autres composantes de l'intervention / étapes du projet	
		La littérature scientifique et professionnelle a été consultée pour étayer le choix des outils (publications, retours d'expérience, savoirs expérientiels, projet pilote)	
		Des arguments en faveur des outils choisis sont identifiés	Argumentaire étayé par des références sur les caractéristiques établies des outils
	La démarche d'élaboration et d'implantation des outils était-elle appropriée ?	Des bonnes pratiques d'ingénierie de projet ont été mises en œuvre	Pilote défini, gouvernance, planification, information/communication, échanges avec les partenaires, rapport d'activité annuel, CR financiers
		Les professionnels ciblés ont été associés aux différentes étapes de sélection/élaboration/diffusion des outils	

Registres	Questions	Critères	Indicateurs / descripteurs
		Des partenaires compétents ont été associés aux différentes étapes de sélection/élaboration/diffusion des outils	
		L'intégration au contexte de pratique <sup>5</sup> et au parcours de l'usager a été anticipée et prise en compte	Adapter à chaque contexte professionnel
		L'implantation de l'outil a été accompagnée à chaque étape décrite ci-dessous (modalités, ressources)	
<b>Implantation et effectivité</b>	L'outil s'est-il bien implanté ?	L'outil a effectivement été diffusé et est accessible aux professionnels (modalités, ressources)	
		L'outil est connu des professionnels	
		L'outil s'intègre finalement au contexte de pratique	
		Les professionnels se sont approprié l'outil	
		Les professionnels utilisent l'outil	Préciser le recul : à court ou long terme
		L'outil s'intègre finalement au parcours de l'usager, en complémentarité avec les autres composantes/étapes	
		Facteurs de réussite et d'échec de l'utilisation des outils	Décris (documents) ou perçus (entretiens avec les acteurs)
<b>Efficacité</b>	Le projet-outil a-t-il produit les effets escomptés ?	Adhésion, satisfaction des professionnels	Données qualitatives et quantitatives recueillies (nombre d'inscrits, taux de réussite ou de satisfaction...)
		Modification des pratiques des professionnels	Perceptions, évolutions déclarées
		Effets produits auprès des bénéficiaires	
<b>Efficience</b>	Les moyens engagés sont-ils justifiés et soutenables ?	Rapports entre les moyens engagés (humains, financiers) et les résultats	
		Soutenabilité du projet-outil	Perceptions, arguments, nécessité ou non de moyens matériels, adaptations/mises à jour des contenus à prévoir

<sup>5</sup> Ex. : charge de travail, nature du travail, flux d'information, représentations professionnelles, processus cognitifs, SI

Registres	Questions	Critères	Indicateurs / descripteurs
Durabilité	Le projet-outil s'inscrit-il dans la durée ?	La pérennisation de l'utilisation/de la mise en œuvre a été discutée/réfléchie, elle est envisagée (du point de vue des utilisateurs initiaux OU de nouveaux utilisateurs)	Logique de chaque projet, mises à jour prévues
		Conditions de pérennisation (du point de vue des utilisateurs initiaux OU de nouveaux utilisateurs)	Modalités prévues Mises à jour nécessaires Dépendance aux moyens humains (soutien à l'utilisation, à la diffusion) et financiers ou autonomisation/auto-portage
		Le réemploi de certains outils est envisagé dans un autre projet / parait envisageable	Selon les acteurs

#### 7.1.3 Outilage comme principe actif

Registres	Questions	Critères	Indicateurs / descripteurs
Efficacité	Des caractéristiques intrinsèques des outils ont-elles maximisé la production des effets du projet ? <sup>6</sup>	Mécanisme propre au type d'outil adopté	
		Caractéristiques des outils identifiées comme facilitant leur utilisation	Praticité perçue

## 7.2 Entretiens réalisés en phase de cadrage

### 7.2.1 Entretiens réalisés avec les représentants d'institutions nationales

Institutions	Interlocuteurs et fonctions	Date
Addiction France	Jordana BELLEGARDE : responsable prévention nationale	14/11/2022
	Franck LECAS : responsable du pôle loi Evin	
Cnam	Vanessa AMRAOUI : cheffe de projet au département prévention-promotion de la santé	25/11/2022
DGOS	Adeline BERTSCH-MERVEILLEUX : soins en situation de précarité et prise en charge des addictions Laure POIRAT : conseillère médicale	25/11/2022

<sup>6</sup> Ex. : Formats présentés comme innovants (numérique, médias sociaux...)

Institutions	Interlocuteurs et fonctions	Date
DGS, bureau de la prévention des addictions	Laure BOISSERIE-LACROIX : conseillère médicale Sylvie CHAZALON : médecin de santé publique Élise RIVA : cheffe du bureau Lorenza LUCIANO : médecin de santé publique Camille WILLK-FABIA : apprenti	05/12/2022
Fédération Addiction	Alexis GRANDJEAN : responsable du pôle expérimentation, innovation, recherche	24/11/2022
MILDECA	Corinne DROUGARD : chargée de mission santé	21/11/2022
Santé Publique France	Guillemette QUATREMERE : chargée d'étude addictions, direction de la prévention et de la promotion de la santé Romain GUIGNARD : chargé d'expertise addictions, direction de la prévention et de la promotion de la santé	13/12/2022

#### 7.2.2 Entretiens réalisés avec les référents en ARS

ARS	Interlocuteurs et fonctions	Date
Grand Est	Lidiania MUNEROL : médecin référente addictions Cécile GAILLARD : chargée de mission addictions Camille SANCHEZ : référente addictions	02/12/2022
Hauts-de-France	Stéphanie MAURICE : sous-directrice parcours addictions et personnes en difficultés spécifiques Audrey JOLY : conseillère médicale, chargé de mission addictions	21/11/2022
Île-de-France	Jean-Baptiste ECCEL : chef de projet addictions/référent tabac Delphine VILAIN : cheffe de projet addictions	30/11/2022
La Réunion	Cyril HEBERT-LAUBRIAT : référent santé mentale et addictions	25/11/2022
Normandie	Marie-Lou DARCHEZ : chargée de mission prévention des pratiques addictives	25/11/2022
Nouvelle-Aquitaine	Stéphane DUFAURE : inspecteur de l'action sanitaire et sociale Erwan AUTES TREAND : responsable pôle vulnérabilités en santé	21/11/2022
Occitanie	Damien FORSANS : chargé de programme, direction de la santé publique, référent sur les addictions Bruno PAYET : médecin référent santé sexuelle et addictions	15/11/2022
Pays-de-la Loire	Mme Roselyne BONTEMPS : chargée de projets Mme Emmanuelle LEBORGNE : cheffe de projet santé publique	14/11/2022

### 7.3 Experts mobilisés dans le cadre du panel

Prénom NOM	Fonctions et responsabilités
Pierre ARWIDSON	Médecin de santé publique, directeur adjoint de la prévention et de la promotion de la santé à Santé publique France
Clément BERLIET	Coordinateur général adjoint de la Coordination régionale addictions Nouvelle-Aquitaine (COREADD)
Philippe BINDER	Médecin généraliste addictologue, professeur à la Faculté de Poitiers
Michaël BISCH	Psychiatre addictologue, responsable du service d'Addictologie au Centre Psychothérapeutique de Nancy, secrétaire général du Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (Respadd), vice-président de la Fédération Française d'Addictologie, administrateur de la Société Française d'Alcoologie
Vanessa COTHIAS	Chargée de mission référente handicap et santé à l'Union Nationale des Missions Locales (UNML)
Christine FERRON	Déléguée générale de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes)
Cécile GAILLARD	Chargée de mission tabac à l'agence régionale de santé Grand Est
Lidiana MUNEROL	Médecin de santé publique à l'agence régionale de santé Grand Est