

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

LA GESTION DE L'INNOVATION DANS
LE CADRE DU PROGRAMME FEDERAL
DE MESURES EN VUE DE REDUIRE LES
PROBLEMES DE DROGUE (ProMeDro)

Etude menée dans le cadre de
l'évaluation globale du ProMeDro,
4ème phase 1999-2003 F

Rapport final

*Frank Zobel, Barbara So-Barazetti
avec la collaboration de Sophie Arnaud*

Lausanne, décembre 2004

Etude financée par :

Office fédéral de la santé publique, Berne,
Contrat n° 99.001344

Citation suggérée :

Zobel F, So-Barazetti B, avec la collaboration de Arnaud S.
La gestion de l'innovation dans le cadre du ProMeDro :
étude menée dans le cadre de l'évaluation globale du
ProMeDro, 4^{ème} phase 1999-2003. Lausanne : Institut
universitaire de médecine sociale et préventive, 2004.

Remerciements :

Nous remercions tous les collaborateurs ou ex-
collaborateurs de l'OFSP et du ProMeDro ainsi que les
personnes concernées ou ayant participé aux processus
d'innovation et qui nous ont accordé de leur temps pour
un entretien (cf. la liste des personnes en Annexe 8.1.)
Nous remercions également le secrétariat de l'UEPP
pour la mise en en page de ce rapport.

TABLE DES MATIERES

Résumé de l'étude "La gestion de l'innovation dans le cadre du ProMeDro"	5
Abstract	5
Mots clefs	5
Mandat	6
Questions d'évaluation	6
Méthode	6
Cadre d'analyse	7
Résultats	8
Conclusions	9
Zusammenfassung der Studie "Das Innovationsmanagement im Rahmen des MaPaDro"	11
Abstract	11
Schlüsselwörter	11
Mandat	12
Evaluationsfragen	12
Methode	12
Analyserahmen	13
Ergebnisse	14
Schlussfolgerungen	15
1 Introduction	17
2 Mandat	19
2.1 Objet d'évaluation	19
2.2 But et objectifs de l'évaluation	19
2.3 Questions d'évaluation	19
2.4 Méthode	20
2.5 Partie théorique	20
2.6 Partie empirique	20
3 Problématique	22
3.1 Définitions	22
3.2 Faire émerger de nouvelles idées	23
3.3 Développer de nouvelles idées	24
3.4 Réaliser l'innovation	25
3.5 Diffuser l'innovation	26
3.6 Synthèse et développement du cadre d'analyse	28
4 Etudes de cas	32
4.1 La prescription d'héroïne	33
4.1.1 Un peu d'histoire	33
4.1.2 Faire émerger une nouvelle idée	34
4.1.3 Développer la nouvelle idée	34
4.1.4 Réaliser l'innovation	36
4.1.5 Diffuser l'innovation	37
4.1.6 Brève analyse de la gestion du processus d'innovation	38
4.2 La réduction des risques (prévention du VIH chez les injecteurs de drogue) en prison	41
4.2.1 Un peu d'histoire	41
4.2.2 Faire émerger une nouvelle idée	41
4.2.3 Développer la nouvelle idée	42
4.2.4 Réaliser l'innovation	43

4.2.5	Diffuser l'innovation	43
4.2.6	Brève analyse de la gestion du processus d'innovation	45
4.3	Prévention secondaire de la consommation/de l'abus de substances	47
4.3.1	Un peu d'histoire	47
4.3.2	Faire émerger une nouvelle idée	48
4.3.3	Développer la nouvelle idée	49
4.3.4	Réaliser l'innovation	50
4.3.5	Diffuser l'innovation	52
4.3.6	Brève analyse de la gestion du processus d'innovation	53
5	Analyse transversale	56
5.1	Faire émerger de nouvelles idées	57
5.2	Développer les nouvelles idées	57
5.3	Réaliser l'innovation	58
5.4	Diffuser l'innovation	59
6	Réponses aux questions d'évaluation	60
7	<i>Post scriptum</i>	63
8	Annexes	64
8.1	Liste des personnes ayant fait l'objet d'un entretien	64
8.1.1	Collaborateurs ou ex-collaborateurs de l'OFSP et du ProMeDro	64
8.1.2	Personnes concernées ou ayant participé aux processus d'innovation	64
8.2	Guide général d'entretien	65
	Références bibliographiques	66

RESUME DE L'ETUDE "LA GESTION DE L'INNOVATION DANS LE CADRE DU PROMEDRO"

Frank Zobel, Barbara So-Barazetti

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, unité d'évaluation de programmes de prévention (IUMSP/UEPP)

Étude^a réalisée dans le cadre de la quatrième phase (1999-2003) de l'évaluation globale du programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro)^b.

ABSTRACT

La politique drogue de la Suisse a connu d'importants changements et a été le siège de nombreuses expérimentations aux cours de ces vingt dernières années. L'étude présentée ici a pour but explorer l'une des dimensions du changement, soit la gestion des processus d'innovation. Elle tente d'identifier et d'apprécier la participation de la Confédération helvétique, principalement à travers l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), dans la transformation de la politique drogue de la Suisse. Un cadre d'analyse divisé en quatre phases des processus d'innovation et en deux sous-processus de changement technique et de changement social a d'abord été établi à partir d'une revue de littérature. Ensuite, trois processus d'innovation (prescription d'héroïne, réduction des risques en prison, prévention secondaire de la consommation/de l'abus de drogue) impliquant l'OFSP ont été décrits, à partir de documents existants et des récits d'acteurs ayant participé aux processus, et analysés individuellement. Finalement, une analyse transversale des exemples étudiés a permis de mettre à jour les pratiques qui sont favorables aux processus d'innovation mais aussi certaines qui ne le sont pas. Cette étude recommande de maintenir l'intérêt et la disposition à identifier et à définir de nouvelles problématiques sociales, la volonté de lier toute recherche de solution aux savoirs existants, les pratiques de mobilisation des acteurs sociaux présents et la création d'ajustements entre eux, la coordination des réseaux d'innovation sous la forme d'une multiplication des connexions entre les acteurs et, finalement, la poursuite des processus d'innovation au-delà de la phase d'expérimentation. A l'inverse, il est recommandé de renoncer à une planification qui n'inclut pas la participation des acteurs sociaux concernés, d'éviter de concentrer tous les efforts sur la seule phase de réalisation de l'innovation et de relâcher les efforts dès la fin de celle-ci.

MOTS CLEFS

Innovation, Office fédéral de la santé publique (OFSP), prescription d'héroïne, réduction des risques en prison, prévention secondaire, évaluation.

^a Ce rapport a fait l'objet d'une méta-évaluation, basée sur les standards de la Société suisse d'évaluation (SEVAL), par le Centre de compétences en évaluation (CCE) de l'OFSP.

^b Le rapport de l'évaluation globale peut être téléchargé sur le site de l'OFSP.

MANDAT

Le but de ce travail est de caractériser et d'apprécier le travail de gestion des processus d'innovation dans le cadre du ProMeDro et, ainsi, de soutenir les collaborateurs du programme dans leur travail futur.

Les objectifs opérationnels de l'étude sont :

- décrire le processus de développement, d'implantation et de diffusion de trois innovations dans le champ de la drogue ;
- décrire la participation concrète de l'OFSP dans ces processus ;
- mettre à jour les conditions ayant favorisé ou limité l'apparition ou la diffusion de ces innovations ;
- mettre à jour le rôle particulier joué par l'OFSP pour renforcer ou limiter ces conditions ;
- apprécier globalement le processus de gestion des innovations à l'OFSP à travers la comparaison des trois exemples.

QUESTIONS D'EVALUATION

Trois questions d'évaluation ont été formulées avec le mandataire de ce travail (OFSP) :

- **Comment l'OFSP a-t-il eu recours à l'innovation et géré les processus d'innovation dans le cadre du ProMeDro ?**
- **Quelles ont été les conséquences des interventions de l'OFSP sur le développement, l'implantation et la diffusion des innovations ? Cette gestion de l'innovation à l'OFSP paraît-elle adéquate compte tenu des connaissances scientifiques et des besoins et attentes du terrain ? Pourquoi ? Quelles différences apparaissent entre les différents exemples étudiés ?**
- **Quels sont les éléments de cette gestion qu'il convient de maintenir en l'état et qui pourraient servir encore à l'avenir, et quels sont ceux qui le sont moins ?**

MÉTHODE

Cette recherche évaluative peut être divisée en trois parties : la première est une revue de littérature permettant l'élaboration d'un cadre d'analyse pour décrire et analyser la gestion des processus d'innovation par l'OFSP ; la seconde partie est constituée d'une description des principaux événements successifs ayant caractérisé trois processus d'innovation dans lesquels l'OFSP a été impliqué ; finalement, la dernière partie est une analyse transversale de ces trois exemples visant à identifier les pratiques de l'OFSP en matière de gestion de l'innovation qui sont favorables ou défavorables au développement de celles-ci.

La première partie de ce travail comprend une revue de la littérature portant sur la gestion des processus d'innovation. Des recherches bibliographiques ont été effectuées à cette fin dans les bases de données *Sociofile*, *Current Content* et *Medline*. Un ensemble d'articles a ensuite été

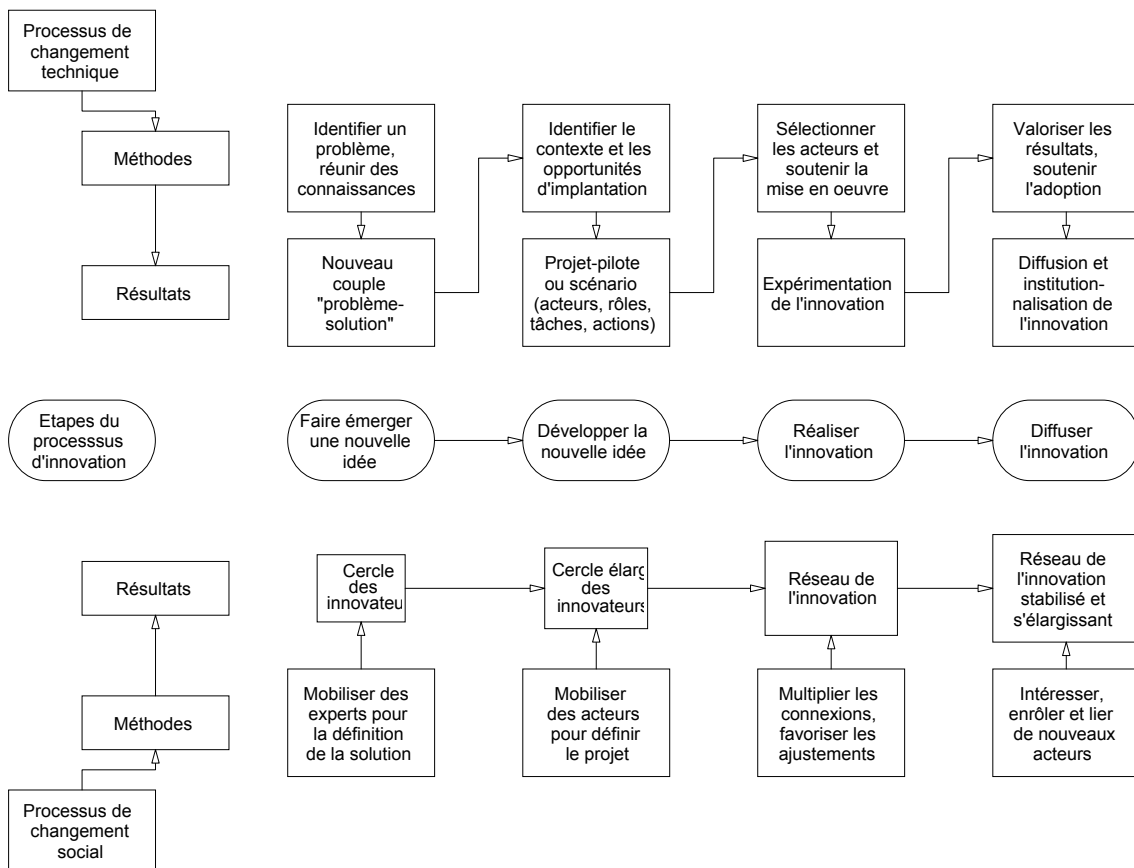
sélectionné en fonction de l'adéquation de la thématique traitée avec celle de la présente recherche. En outre, différents travaux portant sur le changement et l'innovation dans la politique drogue de la Suisse ont aussi été pris en compte.

Les données utilisées pour la reconstitution et l'analyse des trois processus d'innovation regroupent deux sources. La première est constituée de l'importante documentation concernant ces projets, mais aussi leur environnement, qui a été réunie dans le cadre d'un fonds documentaire lié à l'évaluation globale du ProMeDro. Celui-ci comprend des documents officiels liés aux projets ou au travail de l'OFSP mais aussi des entrevues avec les responsables de cette institution et certains documents de travail internes. Les informations ainsi récoltées ont été complétées par une vingtaine d'entrevues avec des acteurs ayant été impliqués dans les différents processus d'innovation. Ceux-ci ont été identifiés lors d'une réunion en automne 2001 avec l'ancien responsable de la Section Drogue de l'OFSP et lors des entrevues concernant les différents projets réalisés en 2002. Entre six et douze personnes, en majorité extérieures à l'OFSP, ont ainsi été interviewées pour chacun des processus d'innovation et il leur était demandé de reconstruire les différentes étapes et d'identifier les différents acteurs ayant participé à ceux-ci.

CADRE D'ANALYSE

La figure ci-dessous reprend les principaux éléments tirés de l'analyse de la littérature. Elle indique qu'un processus d'innovation peut être divisé en quatre étapes et en deux sous-processus parallèles : le premier est un processus de changement technique et le second un processus de changement social.

Figure 1 Cadre d'analyse pour les processus d'innovation



RESULTATS

Les trois exemples étudiés font clairement apparaître que l'OFSP a activement travaillé à l'identification, à la définition ou à la re-formulation des problèmes liés à la consommation de drogue. Cette pratique constitue un élément essentiel de la gestion des processus d'innovation puisqu'elle permet de formuler de nouveaux questionnements et d'investiguer de nouvelles alternatives pour la prise en charge de cette problématique sociale.

Le recours à la connaissance et à l'expertise existantes, pour préciser la nature des problèmes et engager une recherche de solutions, constitue une autre pratique courante de l'OFSP favorable au déroulement des processus d'innovation. Celle-ci permet de libérer les idées de certaines polémiques qui leurs sont rattachées mais aussi de mobiliser d'entrée la légitimité de la science et de l'expérience. Ainsi, l'OFSP a introduit une approche *evidence-based* ou *evidence-driven* qui participe sans doute au succès des innovations.

La mobilisation sociale autour de la définition d'un nouveau problème et de sa solution fait, en revanche, apparaître des pratiques contrastées. Ainsi, certaines fois l'OFSP réalise une sorte d'inventaire des acteurs mobilisables et tente de les associer à son travail de définition d'un problème et de sa solution. Dans d'autres cas, le processus prend appui sur les savoirs existants mais donne lieu à une mobilisation essentiellement limitée aux collaborateurs de l'OFSP. L'avantage de la première approche est de constituer d'emblée un lien entre une

nouvelle idée et son contexte d'implantation et, ainsi, de favoriser le déroulement des étapes suivantes du processus d'innovation.

Les contacts et négociations avec les différentes parties impliquées, et le pilotage des processus de conception et de réalisation d'une expérimentation par l'OFSP, ont sans doute été décisifs pour que les innovations puissent voir le jour. La coordination de la mise en œuvre, par la multiplication des connexions et l'important flux d'informations entre les acteurs impliqués, a aussi conduit à ce que certaines innovations deviennent des pratiques courantes.

La fin d'une expérimentation, même si les résultats qu'elle révèle sont positifs, ne constitue cependant pas la fin du processus de mobilisation sociale nécessaire à la diffusion de l'innovation. C'est en stabilisant le réseau qui a expérimenté l'innovation et en travaillant à l'extension de celui-ci, comme l'a parfois fait l'OFSP, que l'innovation se maintient et se diffuse dans de nouveaux contextes.

CONCLUSIONS

Les principaux éléments de la gestion des processus d'innovation par l'OFSP qui doivent être maintenus sont les suivants :

- l'intérêt (ou l'attention) et la compétence (formation, expérience, proximité avec les acteurs et réseaux locaux) des collaborateurs de l'OFSP pour la reconnaissance et la définition des nouveaux problèmes liés à la consommation de drogue. L'identification de nouvelles problématiques requiert en effet une disposition à l'observation de l'environnement qui produit ces problématiques ainsi qu'une capacité à identifier les caractéristiques de ces dernières. C'est l'intérêt pour cette observation ainsi que la capacité à identifier et à comprendre (connaissances, compétences, contacts avec le terrain) les changements qui sont ici déterminants ;
- le recours aux connaissances et expériences existantes, mais aussi aux acteurs concernés par le nouveau problème, pour la définition de nouvelles solutions et l'examen de la faisabilité de celles-ci ;
- la formulation d'un scénario général pour la mise en œuvre de l'innovation qui spécifie les conditions-cadre pour que celle-ci puisse se réaliser ;
- la mobilisation des acteurs et catégories d'acteurs nécessaires à la mise en œuvre de l'innovation dans le cadre d'un processus d'intéressement et de négociations devant aboutir à la définition d'un scénario détaillé (rôles, tâches, coopérations) concernant la réalisation de l'innovation et qui est préalable à sa mise en œuvre ;
- le soutien (financier, logistique) et la coordination, sous forme de multiplication des connexions et de transfert de connaissances, au réseau d'acteurs participant à l'expérimentation de l'innovation ;
- le soutien au maintien de l'innovation au-delà de la phase d'expérimentation et l'intéressement de nouveaux acteurs susceptibles de la reproduire dans de nouveaux contextes.

Les éléments qu'il convient de ne pas reproduire dans le cadre de la gestion des processus d'innovation sont :

- développer une nouvelle idée et un scénario d'implantation en vase clos, soit concevoir un processus de changement, même si il est techniquement irréprochable, qui n'est porté que par les collaborateurs de l'OFSP ;
- repousser la phase où ont lieu les efforts d'intéressement, d'enrôlement et d'ajustement à l'étape de la réalisation de l'innovation et, ainsi, limiter les possibilités de réussite de celle-ci et l'opportunité de créer un réseau de l'innovation relativement étendu et coordonné (sous-processus de changement social);
- relâcher l'engagement dès la fin de l'étape de la réalisation de l'innovation, qui ne constitue en fait que l'une des phases de la diffusion de celle-ci dans son contexte d'implantation (sous-processus de changement technique et de changement social).

ZUSAMMENFASSUNG DER STUDIE "DAS INNOVATIONSMANAGEMENT IM RAHMEN DES MAPADRO "

Frank Zobel, Barbara So-Barazetti

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne, Abteilung Evaluation von Präventionsprogrammen (IUMSP/UEPP)

Die Studie^c wurde im Rahmen der vierten Phase (1999-2003) der Globalevaluation des Massnahmenpaketes des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro) realisiert^d.

ABSTRACT

Die Drogenpolitik der Schweiz hat im Laufe der letzten zwanzig Jahre grosse Änderungen erfahren und diente auch als Experimentierfeld für zahlreiche Versuche. Die vorliegende Studie will einen Aspekt dieser Änderungen untersuchen: Das Management von Innovationsprozessen. Sie versucht, den Beitrag des Bundes, hauptsächlich über das Bundesamt für Gesundheit (BAG), zur Umgestaltung der schweizerischen Drogenpolitik einzuordnen und zu beurteilen. Nach einer Literaturdurchsicht wurde ein Analyserahmen erstellt, der vier Etappen eines Innovationsprozesses aufweist und in die zwei Teilprozesse der technischen und der sozialen Veränderung aufgeteilt ist. Anschliessend wurden ausgehend von vorhandenen Unterlagen und von Berichten von Akteuren, die an den Prozessen teilgenommen haben, drei Innovationsprozesse (Heroinverschreibung, Schadenminderung im Gefängnis, Sekundärprävention des Drogenkonsums/-missbrauchs), an denen das BAG beteiligt war, erläutert und einzeln analysiert. Zum Schluss konnte mit einer Querschnittsanalyse der untersuchten Beispiele die Vorgehensweise des BAG aufgearbeitet werden, und zwar einerseits jene, welche die Innovationsprozesse begünstigen, andererseits aber auch jene, welche diese behindern. Diese Studie empfiehlt die Aufrechterhaltung des Interesses und der Bereitschaft, neue soziale Problematiken zu erkennen und zu bestimmen, des Willens, die Suche nach Lösungen mit vorhandenem Wissen zu verbinden, und der Praktiken zur Mobilisierung der beteiligten Akteure aus dem sozialen Bereich und der Einrichtung gegenseitiger Absprachen unter ihnen. Weiter empfiehlt sie die Koordination der Innovationsnetzwerke mittels einer Vervielfachung der Kontakte zwischen den Akteuren und schliesslich die Weiterführung der Innovationsprozesse nach der Versuchsphase. Dagegen rät sie, auf eine Planung zu verzichten, welche die Beteiligung der betroffenen Akteure aus dem sozialen Bereich nicht einschliesst, zu vermeiden alle Bemühungen ausschliesslich auf die Phase der Innovationsrealisierung zu konzentrieren und zudem die Bemühungen nach deren Abschluss unvermindert weiterzuführen.

SCHLÜSSELWÖRTER

Innovation, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Heroinverschreibung, Schadenminderung im Gefängnis, Sekundärprävention, Evaluation.

^c Dieser Bericht war Gegenstand einer Meta-Evaluation des Kompetenzzentrums für Evaluation (CCE) des BAG, die auf den Standards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL) basiert.

^d Der Bericht der Globalevaluation kann auf dem Website des BAG heruntergeladen werden.

MANDAT

Das Ziel dieser Studie ist es, das Managements von Innovationsprozessen im Rahmen des MaPaDro einzuordnen und zu beurteilen und so die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Programms in ihrer weiteren Arbeit zu unterstützen.

Die operationellen Ziele dieser Studie sind:

- Beschreibung des Entwicklungs-, Umsetzungs- und Verbreitungsprozesses von drei Innovationen im Drogenbereich;
- Beschreibung der konkreten Beteiligung des BAG an diesen Prozessen;
- Aufarbeitung der Bedingungen, welche das Entstehen und die Verbreitung dieser Innovationen begünstigt oder behindert haben;
- Aufarbeitung der besonderen Rolle des BAG bei der Stärkung oder Einschränkung dieser Bedingungen;
- allgemeine Beurteilung des Prozesses des Innovationsmanagements im BAG durch den Vergleich der drei Beispiele.

EVALUATIONSFRAGEN

Mit dem Auftraggeber dieser Studie (BAG) wurden drei Evaluationsfragen definiert:

- **Wie ist das BAG mit Innovationen umgegangen und wie hat es Innovationsprozesse im Rahmen des MaPaDro gemanagt ?**
- **Welche Auswirkungen hatten die Interventionen des BAG auf die Entwicklung, die Umsetzung und die Verbreitung von Innovationen ? Ist dieses Innovationsmanagement im BAG in Anbetracht der wissenschaftlichen Grundlagen und der Bedürfnisse und Erwartungen vor Ort angemessen ? Weshalb ? Welche Unterschiede lassen sich zwischen den untersuchten Beispielen feststellen ?**
- **Welche Elemente dieses Managements sollen unverändert belassen werden und könnten auch künftig noch Verwendung finden, welche Elemente sich hingegen weniger geeignet ?**

METHODE

Diese Evaluationsstudie kann in drei Teile aufgeteilt werden: Der erste Teil besteht in der Durchsicht der Literatur für die Erarbeitung eines Analyserahmens, damit das Management von Innovationsprozessen erläutert und analysiert werden kann. Der zweite Teil erläutert die Abfolge der wichtigsten Ereignisse, welche die drei Innovationsprozesse charakterisiert haben, an denen das BAG beteiligt war. Der dritte Teil schliesslich ist eine Querschnittsanalyse dieser drei Beispiele. Mit dieser Analyse sollten die Vorgehensweisen des BAG im Innovationsmanagement ermittelt werden, welche die Entwicklung von Innovationen begünstigen oder behindern.

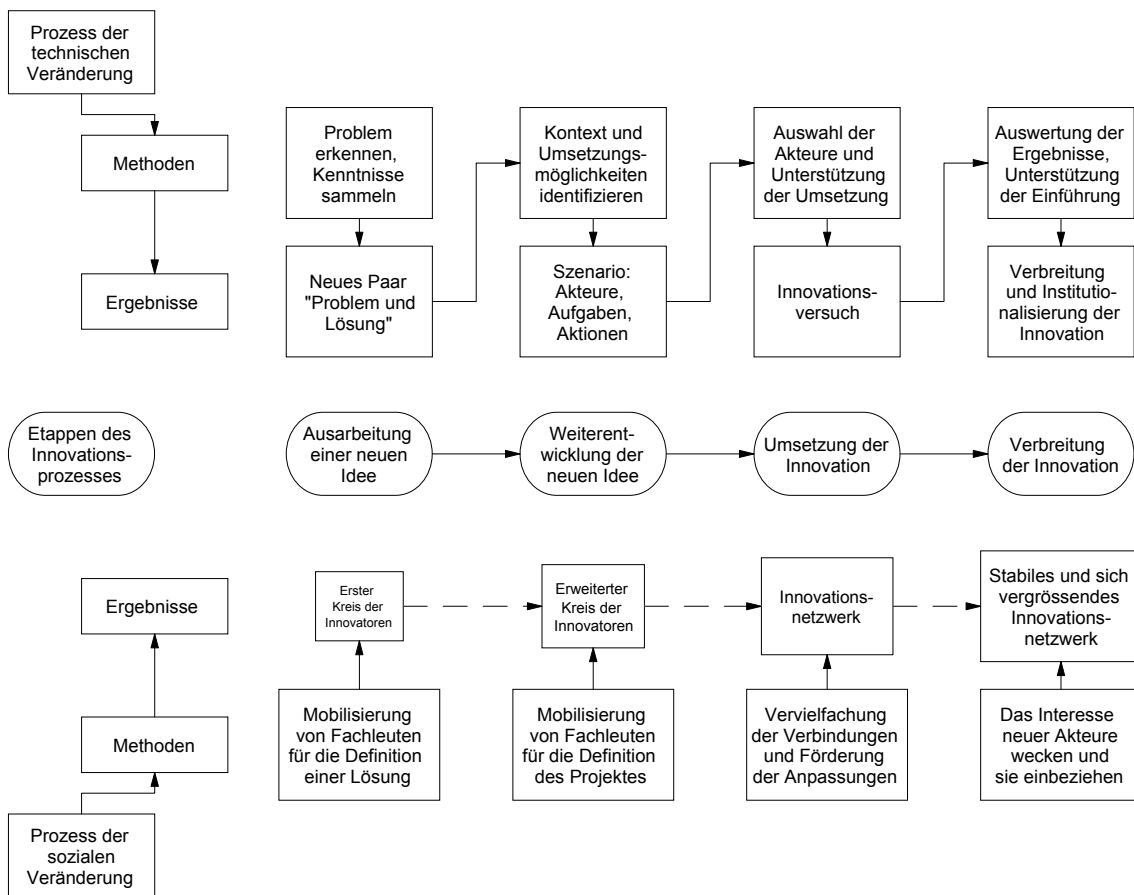
Der erste Teil dieser Arbeit beinhaltet eine Durchsicht der Literatur über das Management von Innovationsprozessen. Zu diesem Zweck wurden bibliographische Recherchen in den Datenbanken *Sociofile*, *Current Content* und *Medline* durchgeführt. Anschliessend wurde eine Reihe von Artikeln ausgewählt, welche einen Bezug zu der in der vorliegenden Studie behandelten Thematik aufweisen. Zudem wurden auch verschiedene Studien über die Veränderung und Innovation in der schweizerischen Drogenpolitik berücksichtigt.

Die für die Rekonstruktion und die Analyse der drei Innovationsprozesse verwendeten Daten stammen aus zwei Quellen. Die eine besteht in der umfangreichen Dokumentation über diese Projekte, aber auch über deren Umfeld, welche im Zusammenhang mit der Globalevaluation des MaPaDro in einem Dokumentationsarchiv gesammelt wurden. Dieses umfasst offizielle Unterlagen zu den Projekten oder der Arbeit des BAG, aber auch Interviews mit den Verantwortlichen des Bundesamtes und einige interne Arbeitsunterlagen. Die so zusammengetragenen Informationen wurden mit ungefähr zwanzig Interviews mit den in die verschiedenen Innovationsprozesse eingebundenen Akteuren ergänzt. Diese wurden bei einer Sitzung im Herbst 2001 mit dem ehemaligen Verantwortlichen der Sektion Drogen des BAG und bei Unterredungen zu den verschiedenen im Jahr 2002 verwirklichten Projekten bestimmt. Auf diese Weise wurden für jeden Innovationsprozess zwischen sechs und zwölf Personen, mehrheitlich nicht aus dem BAG, befragt und gebeten, die verschiedenen Etappen zu rekonstruieren und die beteiligten Akteure zu identifizieren.

ANALYSERAHMEN

Die folgende Abbildung nimmt die Hauptelemente aus der Literaturanalyse wieder auf. Sie zeigt, dass ein Innovationsprozess in vier Etappen und zwei parallele Teilprozesse aufgeteilt werden kann: Der Erste ist ein Prozess der technischen und der zweite ein Prozess der sozialen Veränderung.

Abbildung 2 Analyserahmen für die Innovationsprozesse



ERGEBNISSE

Anhand der drei untersuchten Beispiele zeigt sich deutlich, dass das BAG aktiv an der Erkennung, der Definition oder an der Neuformulierung der mit dem Drogenkonsum zusammenhängenden Probleme gearbeitet hat. Dieses Vorgehen ist ein wesentliches Element des Managements von Innovationsprozessen, da so neue Fragestellungen formuliert und neue Alternativen für den Umgang mit dieser sozialen Problematik untersucht werden können.

Der Einbezug vorhandener Sachkenntnisse und Expertisen, um die Art der Probleme darzulegen und die Suche nach Lösungen aufzunehmen, stellt eine weitere gebräuchliche Praxis des BAG dar, die den Ablauf der Innovationsprozesse begünstigt. Dadurch können gewisse Polemiken, welche mit diesen Ideen assoziiert werden, aus dem Weg geräumt. Zudem kann von vornherein auch die Legitimität der Wissenschaft und der Erfahrung mobilisiert werden. Das BAG hat so einen *evidence-based* oder *evidence-driven* Ansatz eingeführt, der zweifelsohne zum Erfolg der Innovationen beiträgt.

Bei der sozialen Mobilisierung rund um die Definition eines neuen Problems und dessen Lösung hingegen lassen sich widersprüchliche Praktiken erkennen. So führt das BAG in manchen Fällen eine Art Bestandsaufnahme der verfügbaren Akteure durch und versucht, diese an seiner Definition eines Problems und dessen Lösung zu beteiligen. In anderen Fällen stützt sich der Prozess auf bestehendes Wissen, geht jedoch mit einer hauptsächlich auf die

Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des BAG beschränkten Mobilisierung einher. Der Vorteil des ersten Ansatzes besteht darin, dass sofort eine Verbindung zwischen der neuen Idee und ihrem Umsetzungskontext erstellt und so der Ablauf der folgenden Etappen des Innovationsprozesses begünstigt wird.

Die Kontakte und Verhandlungen mit den verschiedenen beteiligten Parteien und die Steuerung des Planungs- und Realisationsprozesses eines Innovationsversuches durch das BAG waren für die Verwirklichung der Innovationen zweifelsohne entscheidend. Die Koordination der Umsetzung durch die Vervielfachung der Verbindungen und durch einen grossen Informationsaustausch zwischen den betreffenden Akteuren hat ebenfalls dazu geführt, dass einige Innovationen zu gebräuchlichen Praktiken geworden sind.

Selbst wenn die gewonnenen Ergebnisse positiv sind, stellt das Ende eines Innovationsversuches nicht das Ende des sozialen Mobilisierungsprozesses dar, der für die Verbreitung der Innovation notwendig ist. Erst wenn das Netzwerk, welches die Innovation erprobt hat, stabilisiert wird und dessen Ausbau gefördert wird, kann sich die Innovation halten und in neuen Umfeldern weiterverbreiten.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Folgende wesentlichen Elemente des Managements von Innovationsprozessen durch das BAG sollten beibehalten werden:

- Das Interesse (oder die Aufmerksamkeit) und die Fähigkeit (Ausbildung, Erfahrung, Nähe zu den Akteuren der lokalen Netzwerke) der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BAG, neue Probleme im Bereich des Drogenkonsums zu erkennen und zu definieren. Die Identifizierung von neuen Problemen bedingt die Bereitschaft, das diese Probleme hervorbringende Umfeld zu beobachten, sowie die Fähigkeit, deren Merkmale zu erkennen. Von entscheidender Bedeutung sind hier das Interesse an dieser Beobachtung sowie die Fähigkeit, die Veränderungen zu verstehen (Kenntnisse, Kompetenz, Kontakte vor Ort).
- Der Einbezug vorhandener Sachkenntnisse und Erfahrungen, aber auch von Akteuren, die vom neuen Problem betroffen sind, um neue Lösungen zu definieren und deren Machbarkeit abzuklären.
- Die Formulierung eines allgemeinen Szenarios für die Umsetzung der Innovation, in welchem die Rahmenbedingungen für deren Realisierung einzeln aufgeführt sind.
- Die für die Umsetzung der Innovation notwendige Mobilisierung der Akteure und Kategorien von Akteuren im Rahmen eines Sensibilisierungs- und Verhandlungsprozesses, der in der Festlegung eines detaillierten Szenarios (Rollen, Aufgaben, Zusammenarbeit) für die Realisierung der Innovation münden sollte.
- Die (finanzielle, logistische) Unterstützung und die Koordination durch eine Vervielfachung der Verbindungen und einen Wissensaustausch im Netzwerk der am Innovationsversuch teilnehmenden Akteure.
- Die Unterstützung der Weiterführung der Innovation nach der Versuchsphase und die Beteiligung neuer Akteure, welche imstande sind, diese Innovation in neuen Kontexten zu wiederholen.

Elemente, die im Rahmen des Managements von Innovationsprozessen nicht wiederholt werden sollten:

- Die isolierte Entwicklung einer neuen Idee und eines Umsetzungsszenarios, das heisst einen Veränderungsprozess zu planen, der zwar technisch gesehen einwandfrei ist, jedoch nur von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des BAG getragen wird.
- Das Hinausschieben der Bemühungen zur Beteiligung, Rekrutierung und Anpassung, bis zur Realisierung der Innovation, wodurch die Erfolgsmöglichkeiten und die Gelegenheit, ein relativ breites und koordiniertes Innovationsnetzwerk zu schaffen (Teilprozess der sozialen Veränderung), eingeschränkt werden.
- Nachlassendes Engagement am Ende der Umsetzungsetappe der Innovation, die eigentlich nur eine der Phasen für deren Verbreitung in ihrem Anwendungsgebiet darstellt (Teilprozess der technischen und der sozialen Veränderung).

1 INTRODUCTION

L'objectif de la santé publique est d'apporter une contribution sociale sous la forme, principalement, d'une participation à la réduction de la mortalité et de la morbidité dans la population. Pour optimiser cette contribution elle est appelée à revoir périodiquement ses actions et ses stratégies et à modifier certaines de ses pratiques en cours. Ce renouvellement des stratégies et des actions est généralement subordonné aux théories et méthodes de la planification sanitaire et de la gestion de projet. De nombreux ouvrages en santé publique font alors état des différentes étapes qu'il convient de suivre pour (mieux) articuler l'offre sanitaire et les besoins de la population^{1,4}.

L'histoire de la santé publique moderne nous apprend cependant aussi que l'évolution des actions et des stratégies dans ce domaine est marquée par d'importantes ruptures, qui concernent tant les manières de penser que les manières de faire. Ainsi, les outils et les pratiques actuelles de la discipline (épidémiologie, vaccinations, régimes d'assurance maladies, dépistages, campagnes de prévention, etc.) ont le plus souvent à leur origine une "révolution" des idées et des pratiques entraînant des polémiques entre les tenants et les opposants à celle-ci⁵⁻⁷.

L'analyse rétrospective des changements et innovations en santé publique est le plus souvent réalisée par les historiens et les politologues. Ceux-ci s'intéressent particulièrement aux phénomènes macro-sociaux qui conduisent à un changement dans les rapports de pouvoir et dans les représentations sociales au sein d'une société. C'est là que le "moteur" du changement et de l'innovation peut être identifié. A l'inverse, les praticiens de la santé publique sont davantage enclins à concevoir le changement et l'innovation dans une perspective positiviste : s'ils se produisent c'est qu'ils ont été rendus nécessaires par la progression des connaissances et des maladies.

Une perspective complémentaire reste pourtant à développer. Il s'agit alors de comprendre comment certains acteurs participent concrètement aux transformations sociales à plus large échelle, qu'il s'agisse des représentations ou des connaissances, et comment ils parviennent ainsi à favoriser le changement. La recherche sur la gestion des innovations constitue une approche prometteuse dans ce domaine puisqu'elle s'intéresse aux processus concrets de transformation des idées et des pratiques dans un contexte social déterminé⁸. Toutefois, ce courant de recherche est caractérisé par un biais majeur : en règle générale, seules les innovations qui constituent des succès, le plus souvent en termes économiques ou techniques, sont prises en compte et les échecs, qui constituent sans doute le résultat de la majorité des processus d'innovation, sont assez systématiquement ignorés.

Le travail de recherche présenté ici s'inscrit dans cette volonté de mieux comprendre le changement et l'innovation en santé publique en s'intéressant à la gestion pratique des processus qui les créent. Il prend appui sur trois constats : le premier est que la politique et les interventions en matière de drogue de la Suisse ont fait l'objet d'une importante transformation ces vingt dernières années qui concerne tant les problèmes de drogue, les idées pour les prendre en charge que les acteurs actifs dans ce domaine^{9,10}. Le second est que la Confédération helvétique, principalement à travers l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), a largement contribué à cette transformation en soutenant de multiples expérimentations et en coordonnant les développements au niveau national¹¹. Enfin, le troisième constat est que cette contribution a pris d'innombrables voies et qu'elle a certes été marquée par de nombreux succès en matière de changement mais aussi par certains échecs dans ce domaine^{12,13}.

Trois exemples de processus de gestion de l'innovation par l'OFSP ont été sélectionnés pour identifier à la fois les caractéristiques générales qui ont permis de contribuer à la transformation de la politique drogue en Suisse et les éléments plus pratiques qui ont limité ou alors amplifié cette contribution. L'objectif est alors de permettre aux collaborateurs de cette institution de mieux comprendre leur travail passé et, surtout, de mieux conduire leur participation aux changements futurs. L'actuelle révision de la Loi sur les stupéfiants, et plus particulièrement l'innovation que constitue la dépénalisation de la consommation du cannabis et la possibilité d'instaurer un marché contrôlé pour cette substance, peuvent notamment servir de premier objet d'application de certains résultats de ce travail.

2 MANDAT

2.1 OBJET D'EVALUATION

L'objet de ce travail, qui participe de l'évaluation globale du Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro), est **le processus de gestion des innovations par l'OFSP**. Celui-ci est défini comme la participation concrète de l'OFSP dans le développement, l'implantation et la diffusion de nouvelles idées ou pratiques dans le champ de la drogue et qui visent à l'amélioration de l'offre existante.

2.2 BUT ET OBJECTIFS DE L'EVALUATION

Le but de ce travail est donc de caractériser et d'apprécier le travail de gestion des processus d'innovation dans le cadre du ProMeDro et, ainsi, de soutenir les collaborateurs du programme dans leur travail futur.

Les objectifs opérationnels de l'étude sont :

- décrire le processus de développement, d'implantation et de diffusion de trois innovations dans le champ de la drogue ;
- décrire la participation concrète de l'OFSP dans ces processus ;
- mettre à jour les conditions ayant favorisé ou limité l'apparition ou la diffusion de ces innovations ;
- mettre à jour le rôle particulier joué par l'OFSP pour renforcer ou limiter ces conditions ;
- apprécier globalement le processus de gestion des innovations à l'OFSP à travers la comparaison des trois exemples.

2.3 QUESTIONS D'EVALUATION

Trois questions d'évaluation ont été formulées avec le mandat de ce travail (OFSP) :

- **Comment l'OFSP a-t-il eu recours à l'innovation et géré les processus d'innovation dans le cadre du ProMeDro ?**
- **Quelles ont été les conséquences des interventions de l'OFSP sur le développement, l'implantation et la diffusion des innovations ? Cette gestion de l'innovation à l'OFSP paraît-elle adéquate compte tenu des connaissances scientifiques et des besoins et attentes du terrain ? Pourquoi ? Quelles différences apparaissent entre les différents exemples étudiés ?**
- **Quels sont les éléments de cette gestion qu'il convient de maintenir en l'état et qui pourraient servir encore à l'avenir, et quels sont ceux qui le sont moins ?**

2.4 METHODE

Cette recherche évaluative peut être divisée en trois parties : la première est une revue de littérature permettant l'élaboration d'un cadre d'analyse pour décrire et analyser la gestion des processus d'innovation par l'OFSP ; la seconde partie est constituée d'une description des principaux événements successifs ayant caractérisé trois processus d'innovation dans lesquels l'OFSP a été impliqué ; finalement, la dernière partie est une analyse transversale de ces trois exemples visant à identifier les pratiques de l'OFSP en matière de gestion de l'innovation qui sont favorables ou défavorables au développement de celles-ci.

Il faut donc préciser que le présent travail n'a pas pour objectif d'apprécier la gestion de trois processus d'innovation séparés mais celui d'établir, à partir de la description et de l'analyse croisée des différents exemples, quelles sont les pratiques qui sont généralement favorables au bon déroulement des processus d'innovation et quelles sont celles qui le sont moins. Il s'agit donc d'une évaluation globale des pratiques de gestion des processus d'innovation à l'OFSP et non pas d'une évaluation individuelle des méthodes employées pour chacune des innovations étudiées.

2.5 PARTIE THEORIQUE

La première partie de ce travail comprend une revue de la littérature portant sur la gestion des processus d'innovation. Des recherches bibliographiques ont été effectuées à cette fin dans les bases de données *Sociofile*, *Current Content* et *Medline*. Un ensemble d'articles a ensuite été sélectionné en fonction de l'adéquation de la thématique traitée avec celle de la présente recherche. En outre, différents travaux portant sur le changement et l'innovation dans la politique drogue de la Suisse ont aussi été pris en compte.

Partant de cette revue de littérature, un cadre d'analyse a été élaboré afin de permettre une description et une analyse de processus d'innovation tels que ceux étudiés dans le cadre de cette recherche.

2.6 PARTIE EMPIRIQUE

La seconde partie du travail comprend la reconstitution et l'analyse de trois processus d'innovation participants du ProMeDro, qui concernent les trois piliers sanitaires de la politique fédérale en matière de drogue. Il s'agit de :

- la prescription de stupéfiants sous contrôle médical ;
- la prévention de la transmission du VIH en milieu carcéral (distribution de seringues ou de matériel de désinfection) ;
- la prévention secondaire de la consommation/de l'abus de drogue.

L'étude des trois processus d'innovation s'est faite par l'application du cadre d'analyse précité afin de mettre à jour les éléments et les conditions ayant pu favoriser ou défavoriser la réussite des processus d'innovation. Ensuite, l'analyse comparée des trois processus a pour objectif d'établir des éléments de *good practices* et qui constituent les recommandations du présent rapport.

Les données utilisées pour la reconstitution et l'analyse des trois processus d'innovation regroupent deux sources. La première est constituée de l'importante documentation concernant ces projets, mais aussi leur environnement, qui a été réunie dans le cadre d'un fonds documentaire lié à l'évaluation globale du ProMeDro. Celui-ci comprend des documents officiels liés aux projets ou au travail de l'OFSP mais aussi des entrevues avec les responsables de cette institution et certains documents de travail internes. Les informations ainsi récoltées ont été complétées par une vingtaine d'entrevues avec des acteurs ayant été impliqués dans les différents processus d'innovation (voir annexe 8.1). Ceux-ci ont été identifiés lors d'une réunion en automne 2001 avec l'ancien responsable de la Section Drogue de l'OFSP et lors des entrevues concernant les différents projets réalisées en 2002. Entre six et douze personnes, en majorité extérieures à l'OFSP, ont ainsi été interviewées pour chacun des processus d'innovation et il leur était demandé de reconstruire les différentes étapes et d'identifier les différents acteurs ayant participé à ceux-ci (voir annexe 8.2).

3 PROBLEMATIQUE

La littérature scientifique portant sur les innovations est marquée par différentes contradictions et par une relative absence de savoir cumulé. Ainsi, Wolfe note qu'il existe au moins trois approches des phénomènes d'innovation dans les organisations qui ont toutes un objet, une approche, des méthodes et des résultats différents¹⁴.

Cette situation de la connaissance scientifique a une incidence sur la présente étude. Un premier cadre d'analyse avait été développé dans le cadre du protocole de recherche. Celui-ci était basé sur ce qui constitue sans doute encore aujourd'hui la plus importante recherche menée sur la gestion des processus d'innovation⁸. Or, il s'est avéré que l'approche et le cadre d'analyse développés dans ce cadre étaient d'une telle complexité et recouvraient un ensemble de questionnements si large que leur application à l'objet étudié ici requerrait des collectes de données et des analyses allant bien au-delà de celles qui avaient été prévues. En outre, les conclusions et recommandations ressortant d'un tel travail ne semblaient guère susceptibles de répondre aux questionnements pratiques et pragmatiques des gestionnaires de programmes et projets de santé publique à l'OFSP.

Il a donc fallu retourner au point de départ et développer une nouvelle approche des processus d'innovation permettant, non seulement de pouvoir les décrire et les analyser, mais aussi de formuler un ensemble de conclusions pouvant servir le travail de l'OFSP. Ce travail a été effectué à partir d'une synthèse de différents travaux existants. Les prochaines pages contiennent donc un regroupement original de connaissances scientifiques permettant d'élaborer un cadre d'analyse utile pour la description et l'appréciation d'exemples pratiques.

3.1 DEFINITIONS

L'**innovation** est généralement définie comme le développement de nouvelles idées. Toutefois, comme la nouveauté est une notion relative, il est généralement admis que cette caractéristique est liée à l'appréciation ou à la perception des acteurs qui formulent ou adoptent une idée^{8,15}. Une innovation, dès lors, est le développement d'une idée perçue comme étant nouvelle par les acteurs qui la portent.

Un **processus d'innovation** peut être défini comme une succession d'évènements qui débute avec l'émergence de l'idée nouvelle et se termine lors de l'institutionnalisation du projet ou du produit qui en découle⁸. Quatre éléments au moins^e interviennent dans ce processus : une idée, des acteurs (personnes, institutions), des transactions et un contexte¹⁶. Ceux-ci renvoient aux quatre dimensions des processus de l'innovation : l'émergence de nouvelles idées, le développement de celles-ci par différents acteurs, la collaboration et la coordination autour de la mise en œuvre de l'innovation, et l'articulation avec l'environnement dans lequel celle-ci est implantée et doit être diffusée.

^e Un cinquième élément "les résultats" est aussi parfois mentionné par Van de Ven. Ceux-ci ont bien entendu un impact sur le processus d'innovation mais il est pour le moins difficile d'établir avec précision de quoi il s'agit. En effet, les processus d'innovation sont marqués par une suite continue de résultats de différentes natures (décisions, réalisations, planifications, problèmes, coûts, etc.) qui doivent tous être appréciés individuellement. Une telle tâche nous paraît énorme et renvoyer à un ensemble de biais trop importants pour pouvoir être accomplie sérieusement.

La **gestion des processus d'innovation** renvoie ensuite aux questions que peuvent se poser les décideurs s'agissant de l'apparition et du développement d'une nouveauté¹⁶ :

- Comment faire émerger de nouvelles idées ?
- Comment développer ces idées ?
- Comment réaliser l'innovation ?
- Comment diffuser l'innovation ?

La première question concerne l'inventivité et adresse spécifiquement la définition des conditions nécessaires à l'apparition de nouvelles idées. La seconde concerne la rencontre entre une nouvelle idée et son contexte d'application, et implique une nécessaire adaptation de son contenu. La troisième concerne la mise en oeuvre de nouvelles manières de travailler et de penser qui sont indispensables à la réalisation de l'innovation. La dernière, finalement, adresse le caractère différent mais aussi dérangeant (changement des routines, nouvelles manières de penser, concurrence avec d'autres pratiques/produits) d'une innovation et porte sur la transformation de l'environnement nécessaire à son introduction et à sa diffusion. Ces quatre questions serviront de guide pour la revue de littérature et pour l'élaboration du cadre d'analyse ci-dessous.

3.2 FAIRE EMERGER DE NOUVELLES IDEES

Deux éléments nécessaires, et liés entre eux, ressortent de la littérature scientifique en ce qui concerne les conditions d'émergence des nouvelles idées :

- un processus de "gestion de l'attention" qui conduit des acteurs à s'intéresser à un problème et à essayer de lui trouver une solution¹⁶ ;
- un processus de mobilisation de connaissances et de compétences qui permet de formuler des solutions nouvelles en s'appuyant sur les savoirs existants¹⁷.

Le premier élément est une "problématisation"^{18,19}, soit la définition d'une problématique sociale nécessitant une solution. C'est autour de ce problème, et de la recherche de solution qui lui est liée, que des acteurs et des savoirs peuvent être réunis pour la formulation d'une idée. Le caractère "nouveau" de cette idée est souvent intimement lié à la "nouveauté" du problème social ou de sa définition. Ainsi, la naissance d'une innovation a généralement lieu dès la formulation d'une nouvelle problématique qui va permettre d'explorer des alternatives jusqu'ici peu ou pas connues.

Le "nouveau" problème peut être défini dans le cadre d'un processus politique mais aussi naître des observations et analyses menées par différentes catégories d'acteurs (chercheurs, intervenants, décideurs)¹⁵. Ces derniers doivent toutefois disposer d'une certaine légitimité (expertise, responsabilité) pour être en mesure d'attirer l'attention d'autres acteurs sur ce problème et pour déclencher avec ceux-ci un processus de recherche de solution. Dans les deux cas, processus politique ou observations, le "nouveau" problème est souvent formulé de manière assez large, ce qui permet ensuite de le préciser dans le cadre de la recherche de solutions.

Le second élément renvoie à la capacité de réunir et d'analyser les informations qui sont relatives au problème lui-même et aux solutions qui peuvent lui être appliquées. Il faut ici, d'une part, disposer de capacités pour collecter des connaissances qui concernent le problème et son contexte et, d'autre part, être en mesure d'exploiter ces données dans le cadre d'une recherche

de solutions¹⁷. La proximité avec le problème et son contexte¹⁶, la capacité à réaliser une réunion originale d'informations²⁰ et la compétence (formation, expérience) à traiter celles-ci¹⁷ sont ici les facteurs déterminants pour faire émerger de nouvelles idées.

Finalement, la définition d'un problème social et la réunion de connaissances et de compétences autour d'une recherche de solution permet non seulement de faire émerger des idées mais aussi de constituer un premier groupe d'innovateurs, soit un ensemble de personnes et de fonctions (experts, décideurs, chercheurs, etc.) qui se mettent en convergence autour d'un couple "problème-solution". La mobilisation sociale pour l'exploration du problème et la définition de la solution permet, en effet, d'associer d'emblée un ensemble d'acteurs avec une nouvelle idée. Cette association constitue une première pénétration de l'idée dans le contexte social dans lequel elle pourra être implantée.

En somme, favoriser l'émergence de nouvelles idées revient essentiellement à deux choses : définir un nouveau problème social et réunir, autour de la recherche d'une solution, les connaissances et les compétences nécessaires à l'identification de nouvelles opportunités de solution. Ces processus permettent de préciser le problème, de lui attribuer une solution et de réunir un premier cercle d'innovateurs qui sont susceptibles de légitimer et de diffuser la nouvelle idée.

3.3 DEVELOPPER DE NOUVELLES IDEES

Des idées, sous la forme de couples "problème-solution", émergent continuellement et, sans doute, une infime minorité d'entre-elles devient finalement une réalité. Pour avoir une opportunité de le devenir, la prochaine étape que doit suivre une idée est celle de devenir un projet, soit un plan d'implantation de la nouvelle idée dans le contexte existant. Ce projet constitue une phase intermédiaire entre la dimension très abstraite de la formulation d'une idée et celle très concrète de sa mise en oeuvre.

La construction du projet est une phase de conceptualisation de l'idée qui permet d'adapter celle-ci à la réalité dans laquelle elle sera implantée. Il s'agit alors de concevoir, à travers un recyclage des idées et des pratiques déjà existantes²⁰, un scénario devant conduire à la réalisation de l'innovation. Ce scénario doit délimiter les acteurs qui seront concernés par cette mise en oeuvre, les rôles qu'ils devront tenir et les tâches qu'ils devront accomplir, ainsi que la séquence d'événements susceptible d'aboutir à la réalisation de l'innovation et, le plus souvent, aussi à sa diffusion^{18,19,21-23}.

Conceptualiser de nouvelles activités et de nouvelles coopérations en s'appuyant sur le contexte existant peut se réaliser de différentes manières. La première approche, que l'on peut qualifier de "Top-Down", est celle de la planification stratégique²⁴. Ici, un acteur ou un groupe d'acteurs élabore un nouvel univers (plan) dans lequel il attribue à d'autres un certain nombre de tâches et d'activités devant permettre d'atteindre un but déterminé. Le problème majeur lié à ce type de planification est que rien ne garantit que la lecture du contexte soit pertinente et adéquate et que les acteurs nécessaires à la mise en oeuvre de l'innovation pourront et accepteront de réaliser les activités telles qu'elles ont été imaginées par le planificateur. Une seconde approche, cette fois "*Bottom-Up*", consiste à réunir les acteurs présents dans le contexte social dans lequel l'innovation devra être réalisée et à les inviter à concevoir eux-mêmes un ensemble de rôles, tâches et activités permettant de mettre en oeuvre la nouvelle idée. Le risque majeur, cette fois, est de voir disparaître cette idée au profit d'autres intérêts

ou encore de conduire à des conflits entre les parties qui empêchent la réalisation de l'innovation.

L'équation de la planification, dès lors, est celle de préserver l'idée originale tout en permettant une adaptation de celle-ci aux réalités du contexte d'implantation. Pour résoudre cette équation, il est sans doute souhaitable que la démarche se fasse en deux temps : la formulation d'un scénario général de mise en œuvre de l'idée nouvelle indiquant les principales tâches et les principales catégories d'acteurs concernées, et la formulation ensuite d'un scénario de réalisation plus détaillé reposant sur les connaissances des représentants des différentes catégories d'acteurs concernées. Ainsi, il devrait être possible de maintenir l'essentiel de l'idée originale et de concevoir son implantation en fonction des réalités concrètes de l'environnement.

En conclusion, transformer une nouvelle idée en une réalité concrète passe généralement par la formulation d'un projet (ou scénario) de mise en œuvre. Celui-ci constitue une première étape de l'adaptation de l'idée à son contexte d'implantation. Cette adaptation comprend l'identification des acteurs, des rôles, des tâches et des événements nécessaires à l'introduction de l'innovation. La conception de ce projet peut être le fait des seuls planificateurs ou alors être déléguée aux acteurs susceptibles de le mettre en œuvre. Il paraît toutefois souhaitable que les deux parties soient présentes, c'est à dire que les planificateurs conçoivent un scénario général et que les praticiens concernés puissent en spécifier le contenu. Une telle démarche permet aussi d'élargir le cercle des acteurs mis en convergence autour de l'innovation.

3.4 REALISER L'INNOVATION

Un projet d'expérimentation a été défini. Celui-ci indique une séquence d'évènements nécessaires à la réalisation de l'innovation et les rôles et les tâches que chacune des parties doit prendre en charge. Il convient maintenant de mettre en œuvre ce scénario et, donc, de mobiliser les différentes ressources nécessaires à cet effet.

La première étape consiste à intéresser les acteurs^{18,19,21-23}, et à travers eux leurs techniques et leurs ressources, pour une participation à la mise en œuvre du projet. Divers moyens, comme le soutien financier, l'attribution de positions favorables ou l'énoncé de perspectives d'avenir (p. ex. amélioration du problème ciblé), peuvent servir à cet effet.

La seconde étape, intimement liée à la première, consiste à enrôler ces acteurs^{18,19,21-23}, soit à les convaincre du bien fondé du rôle et des tâches qu'ils doivent remplir dans le cadre de l'expérimentation. Ce second élément est souvent déterminant. Il est en effet relativement aisé d'amener des acteurs à se lier à un projet mais beaucoup plus difficile de les convaincre d'occuper une place et de remplir des obligations qui ont déjà été définies. Cette situation est sans doute encore plus problématique lorsqu'il s'agit de développer des nouvelles manières de travailler et de penser, comme l'exige souvent une innovation.

Deux conditions apparaissent déterminantes pour réaliser un tel enrôlement. La première est celle de la transparence et de la clarté du projet. Si les acteurs comprennent leur rôle et leurs tâches, mais aussi celles des autres participants au projet, il leur sera plus facile de s'engager dans l'expérimentation. En outre, la circulation d'informations liées au projet, entre les différentes parties, permet de créer des savoirs et des représentations communes qui tendent à renforcer les rôles de chacun^{18,21-23}. La seconde condition de l'enrôlement est celle de l'ajustement. Il est en effet fort probable que l'abstraction que constitue le scénario d'implantation résume mal certains aspects de la réalité et que des améliorations soient nécessaires. Pour cela,

il convient de permettre aux acteurs participants de négocier et de s'ajuster entre eux et de résoudre ainsi certains problèmes qui sont posés et qui se poseront encore lors de la mise en œuvre de l'innovation.

Finalement, si des acteurs ont été enrôlés pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il reste à s'intéresser aux modalités de la coordination qui sont nécessaires pour que l'innovation puisse se réaliser¹⁶. Hage²⁵, Callon^{18,21-23}, mais aussi Cohen et Levinthal¹⁷, insistent ici sur les connexions et les flux d'informations entre les parties prenantes. C'est lorsque les acteurs participant à la réalisation de l'innovation interagissent et que leurs connaissances et leurs expériences sont partagées que la coordination des activités se réalise le mieux. Il importe généralement pour cela qu'un acteur central se charge de favoriser les connexions et de faire circuler les informations au sein des parties prenantes.

La mobilisation, sous forme d'intéressement et d'enrôlement, de différentes catégories d'acteurs nécessaires à la réalisation de l'innovation et la coordination de celles-ci à travers des connexions et des intermédiaires (informations, ressources communes), aboutissent aussi à la création d'un réseau dont l'existence est directement liée à l'innovation^{18,21-23}. Ce réseau comprend un ensemble d'acteurs différenciés qui partagent progressivement des savoirs et des représentations communes. C'est ce réseau qui constitue le support de l'innovation, c'est à dire que c'est lui qui assure non seulement son exécution mais aussi sa légitimité. Plus il y a de porte-parole reconnus de différentes catégories de savoirs et de pratiques (professions, instances de décision, recherche scientifique, etc.) qui participent à ce réseau, et qui soutiennent donc l'innovation, et plus les chances de voir celle-ci adoptée sont généralement grandes. En effet, chaque porte-parole est porteur d'une légitimité liée à sa fonction et à ses compétences et celles-ci tendent à s'additionner dans le cadre d'un tel réseau et à se transférer sur l'innovation elle-même.

3.5 DIFFUSER L'INNOVATION

Une nouvelle idée, sous la forme d'un nouveau couple "problème-solution", est née dans le cadre d'une réunion originale d'informations autour d'une problématique sociale. Un projet d'expérimentation, qui comprend un scénario des acteurs, rôles et tâches successives nécessaires, a été conçu. Un réseau de l'innovation, soit la mobilisation des différents acteurs nécessaires à l'expérimentation et la création d'ajustements entre eux, a été mis sur pieds. Dès lors, des conditions que l'on peut définir comme des "conditions de laboratoire" sont réunies pour le développement de l'innovation. Il reste maintenant à se poser la question de la diffusion de cette innovation ou, plus précisément, celle du mécanisme qui va conduire à ce que celle-ci soit adoptée dans le contexte social plus large.

On peut raisonnablement concevoir que la création d'une nouveauté dans un laboratoire expérimental et son implantation dans un champ d'activité ne relèvent pas des mêmes enjeux. Ainsi, pour que l'innovation devienne une réalité non pas seulement pour ceux qui ont été liés à son développement il faut encore qu'elle pénètre l'univers de ceux qui sont susceptibles d'y recourir (régions, institutions, professionnels, patients ou consommateurs).

Ce sont les travaux de Rogers sur la diffusion des innovations qui sont les plus connus dans ce domaine¹⁵. Il a ainsi démontré que les innovations étaient adoptées successivement par différentes sous-populations (les innovateurs (2-3% de la pop.), les utilisateurs précoces (10-15%), la majorité précoce (30-35%), la majorité tardive (30-35%), les traînants ou résistants (10-20%)). L'adoption de l'innovation par ces différents segments de la population, caracté-

sés par différentes variables (âge, sexe, professions, etc.), se divise aussi en différentes périodes. Ainsi, il faut généralement un temps relativement long pour atteindre l'ensemble des innovateurs et des utilisateurs précoces mais, ensuite, une période relativement courte pour atteindre la majorité précoce et une partie de la majorité tardive. La durée se rallonge alors une nouvelle fois lorsqu'il s'agit de couvrir l'ensemble de cette majorité tardive et, surtout, les 'traînants'. Rogers, mentionne toutefois que le taux et la rapidité d'adoption varient largement d'une innovation à l'autre, et que différentes variables (compatibilité avec les valeurs de l'utilisateur, bénéfices attendus, simplicité et flexibilité, réversibilité et risque perçu vis à vis de l'adoption, visibilité) peuvent expliquer ces différences.

Les travaux de Rogers montrent bien la diffusion à caractère "épidémique" qui caractérise les innovations. Toutefois, il n'explique qu'en partie les mécanismes de la "contamination", notamment parce qu'il confronte l'innovation au champ social dans lequel celle-ci doit être introduite sans indiquer que, du fait même de son existence, l'innovation a d'ores et déjà pénétré ce champ.

Callon, de son côté, présente un processus de "contamination" du champ social qui débute dès la naissance du processus d'innovation^{18,21-23}. Reprenant le concept de réseau de l'innovation, il observe que celui-ci trouve ses premiers membres lors de la détermination du problème et de sa solution, qu'il s'étend ensuite lors de la définition de l'expérimentation, qu'il prend une première forme relativement stable à travers la mobilisation et l'enrôlement des acteurs dans le cadre de cette expérimentation et, finalement, que son extension et sa stabilisation sont synonymes de la diffusion et de l'institutionnalisation de l'innovation. Ainsi, c'est en incorporant de nouveaux acteurs (techniques, ressources) au réseau de l'innovation que celle-ci va progressivement pénétrer de nouveaux contextes et c'est en stabilisant ce réseau, c'est à dire en assurant son existence et sa légitimité, qu'elle va s'institutionnaliser.

Les modalités pratiques de l'extension du réseau, et donc de la "contamination" du champ social par l'innovation, prennent différentes formes. D'une part, il est possible de multiplier les "laboratoires" ou expérimentations et, donc, de favoriser la création de mini-réseaux aux extrémités du réseau principal. D'autre part, il est possible de faire connaître l'innovation à un large public en présentant la faisabilité et les effets de celle-ci. Ainsi, les acteurs susceptibles de se joindre au réseau peuvent être intéressés. Finalement, le soutien (financier, logistique) pour l'implantation de l'innovation peut aussi servir l'extension du réseau. En somme, il s'agit une nouvelle fois d'intéresser et de mobiliser des acteurs afin qu'ils participent au processus d'innovation.

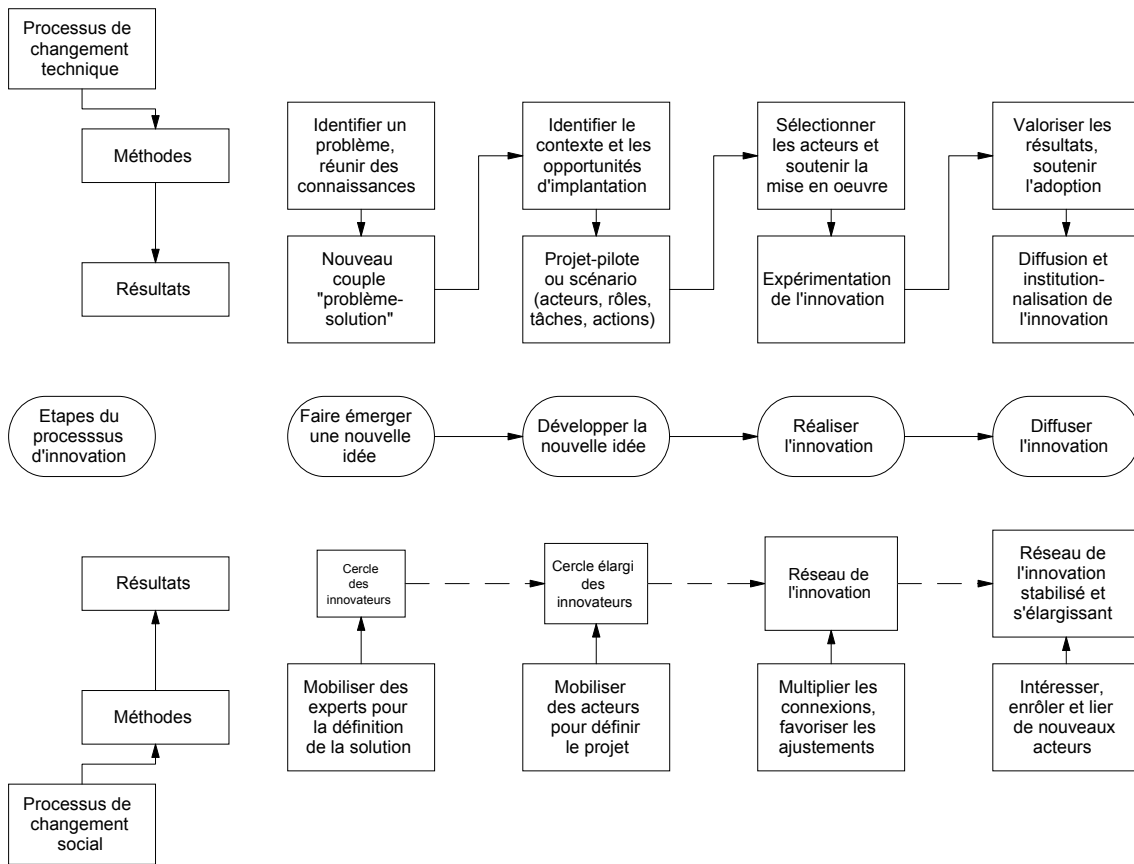
La question de la stabilisation du réseau est plus complexe et comprend deux dimensions. La première est celle de la coordination et du maintien de la cohérence au sein du réseau de l'innovation. Ce dernier ne doit pas donner lieu à la formation de sous-ensembles qui divergent fortement dans leurs représentations et leurs réalisations liées à l'innovation. La diffusion d'informations et la transparence au sein du réseau sont ici des exigences pour qu'une telle stabilité puisse être maintenue. En outre, l'apparition de réseaux concurrents, c'est à dire qui se construisent autour de la remise en question de l'innovation ou autour de certaines controverses qui lui sont liées, doit donner lieu à une surveillance et à une réponse coordonnée de la part du réseau. Quant à la seconde dimension, elle concerne la stabilisation des principes de jugement qui concernent l'innovation et ses effets²⁰. Concrètement, la normalisation de celle-ci dans le cadre de lois, règlements, *guidelines*, permet d'attribuer une fonction précise à la nouveauté et, donc, de lui attribuer un caractère normatif et non plus innovant.

En conclusion, il faut retenir que la transformation du contexte, afin qu'il soit favorable à l'introduction de l'innovation, prend la forme d'une "contamination". Celle-ci ne débute pas à la suite du développement de l'innovation mais dès l'apparition d'une nouvelle idée. Les acteurs (savoirs, ressources) qui participent au réseau de l'innovation lors de la détermination du couple "problème-solution", lors de la définition de l'expérimentation et lors du développement proprement dit, constituent le premier vecteur de la diffusion de l'innovation. Toutefois, pour que celle-ci rejoigne un public et des contextes plus larges, il est nécessaire d'étendre continuellement ce réseau à travers l'intéressement (informations, soutien) et l'enrôlement de nouveaux acteurs (expérimentations, projets). Pour rejoindre la théorie de Rogers, on peut d'ailleurs estimer que, à partir d'une certaine extension du réseau, les acteurs viennent spontanément se greffer à celui-ci. Cependant, il existe une condition pour pouvoir étendre le réseau et c'est celle de sa stabilisation. Il importe en effet de maintenir une forte coordination et une forte cohérence pour que le réseau ne se fragmente pas en divers sous-réseaux qui perdraient de leur importance. La transmission d'informations, qui permet de développer un savoir commun chez les différents acteurs, et la transparence, qui permet d'assurer un niveau de confiance entre eux, sont ici des conditions essentielles. Finalement, la stabilisation des principes de jugement, soit l'acceptation du lien "problème-solution" développé pour l'innovation, dans le cadre de lois ou de réglementations (p. ex. professionnelles), permet aussi d'assurer la stabilité et l'extension du réseau de l'innovation.

3.6 SYNTHÈSE ET DÉVELOPPEMENT DU CADRE D'ANALYSE

La figure ci-dessous reprend les principaux éléments tirés de l'analyse de la littérature menée jusqu'ici. Elle indique qu'un processus d'innovation peut être divisé en quatre étapes et en deux sous-processus inter-reliés : le premier est un processus de changement technique, c'est à dire une suite de procédures qui permettant de transformer une idée en une réalité et d'en assurer la qualité, et le second un processus de changement social, c'est à dire une suite d'interactions sociales permettant d'insérer une nouveauté dans un contexte donné.

Figure 1 Cadre d'analyse pour les processus d'innovation



La partie supérieure de la figure reprend les principales procédures de la gestion de projet :

1. Formulation d'une problématique ou d'un questionnement et recours aux connaissances pour l'élaboration d'une solution ;
2. Identification des caractéristiques du contexte et des opportunités d'implantation pour la conception d'un projet-pilote ;
3. Sélection et soutien des acteurs chargés de la mise en oeuvre du projet afin de réaliser l'expérimentation proprement dite ;
4. Valorisation des résultats de l'expérimentation et soutien à l'adoption pour la diffusion et l'institutionnalisation de l'innovation.

Ces différentes procédures conduisent de la définition d'un problème à un changement des pratiques. Elles sont, comme l'indiquent les flèches dans le graphique, successives et ne peuvent donc généralement se dérouler que selon un ordre donné. Ainsi, il faut qu'un problème et une solution soient définies pour qu'un projet-pilote puisse être conçu. Ce n'est qu'alors que celui-ci peut être réalisé et que, ensuite, il puisse être valorisé.

Ces différentes procédures ne sauraient toutefois garantir à elles seules le succès de l'innovation. Celle-ci, parce qu'elle constitue un changement dans les idées et les pratiques, nécessite en effet une certaine légitimité qui va lui être donnée que par les acteurs (fonctions, compétences) concernés par son existence. Dès lors, toute innovation comprend aussi un processus

de changement social qui vise à mettre en convergence différents acteurs (décideurs, chercheurs, professionnels, institutions, etc.) autour de celle-ci. Cette mobilisation se réalise essentiellement par l'intéressement et l'enrôlement de différentes catégories d'acteurs dans le processus d'innovation et par la création d'ajustements entre eux.

Un processus d'innovation prend fin lorsque l'essentiel des acteurs concernés accordent leur soutien à celle-ci. Dans ce cas, l'innovation s'institutionnalise et il est pour ainsi dire impensable de ne pas y avoir recours. A l'inverse, un processus d'innovation se termine lorsqu'il ne dispose plus de soutiens, c'est à dire lorsque les acteurs concernés ne s'y intéressent plus, et la disparition de l'innovation passe généralement inaperçue parce qu'elle n'est plus du tout "portée" socialement. C'est sans doute cela qui explique que la recherche sur l'innovation ne trouve que des réussites comme études de cas.

La mobilisation sociale qui permet de réunir des soutiens et de mettre en convergence des acteurs autour de l'innovation peut se réaliser tout au long du processus. La définition d'un nouveau problème et d'une nouvelle solution peut ainsi être l'occasion de réunir autour d'une même analyse des experts et des décideurs. La définition d'un projet ou scénario pour l'introduction de l'innovation constitue une opportunité pour réunir d'autres acteurs susceptibles de se mettre en convergence autour de la définition d'un nouvel univers (rôles, tâches, activités) pour la mise en oeuvre de l'innovation. La réalisation proprement dite permet ensuite de mobiliser les acteurs nécessaires à celle-ci et de créer un réseau de l'innovation, soit un ensemble d'acteurs inter-reliés qui n'existe qu'au travers de l'innovation et qui est susceptible de développer un ensemble d'intérêts et de représentations communes autour de celle-ci. Finalement, la diffusion de l'innovation constitue une nouvelle étape du processus de mobilisation sociale durant laquelle il s'agit d'intéresser et d'enrôler de nouveaux acteurs pour étendre le réseau de l'innovation et faire en sorte que celui-ci recouvre peu à peu le champ social dans lequel l'innovation a été introduite.

La particularités du processus de mobilisation sociale est que, contrairement au processus de changement technique, il n'est pas nécessairement lié à une succession de mobilisations. Comme l'indiquent les flèches dans le graphique, il faut toutefois remarquer que toute mobilisation effectuée à l'une des étapes du processus d'innovation pourra permettre d'étendre aussi la suivante. Ainsi, on peut généralement observer que plus le processus de mobilisation sociale commence tôt et plus il a des chances de s'étendre, à condition qu'il ne soit pas bloqué en cours de route. Chacune des étapes du processus d'innovation correspond donc à une opportunité de la mobilisation sociale nécessaire à sa réussite. En conséquence, l'appréciation de la gestion de l'innovation doit aussi examiner les éléments suivants :

1. La définition d'un nouveau problème et d'une nouvelle solution a-t-elle donné lieu à la mobilisation d'un premier cercle d'innovateurs ?
2. L'élaboration d'un scénario pour l'implantation de l'innovation a-t-il donné lieu à une extension de ce cercle ?
3. La réalisation de l'innovation a-t-elle donné lieu à la création d'un véritable réseau d'acteurs portant l'innovation ?
4. Ce réseau a-t-il ensuite été élargi afin de diffuser l'innovation ?

La gestion d'un processus d'innovation peut donc se concevoir comme un ensemble d'étapes (faire émerger une idée, développer celle-ci, l'expérimenter et la diffuser) dont la qualité peut être jugée à partir, d'une part, des réalisations techniques (idée, projet, expérimentation, valorisation des résultats) et, d'autre part, de la mobilisation sociale et de la mise en convergence

engendrée (nombre et catégories d'acteurs liés successivement à l'innovation). En conséquence, l'appréciation de la gestion des innovations à l'OFSP pourra être menée à partir des quatre (double) critères suivants :

1. L'OFSP a-t-il favorisé l'émergence de nouvelles idées en identifiant ou en définissant de nouveaux problèmes sociaux et en recourant à l'expertise et à la connaissance existantes pour l'élaboration de nouvelles solutions ? A-t-il, dans ce cadre, réussi à mobiliser un premier ensemble d'acteurs soutenant l'innovation ?
2. L'OFSP a-t-il favorisé l'adaptation des nouvelles idées à leurs contextes d'implantation en favorisant le développement de scénarios définissant les acteurs, rôle, tâches et activités nécessaires à la mise en œuvre de l'innovation ? A-t-il, dans ce cadre, réussi à étendre l'ensemble des acteurs qui soutiennent les nouvelles idées et qui participent aux processus d'innovation ?
3. L'OFSP a-t-il soutenu et coordonné les activités nécessaires à une véritable expérimentation de l'innovation ? A-t-il, dans ce cadre, réussi à créer des réseaux de l'innovation mobilisant le porte-parole des différentes catégories d'acteurs nécessaires à leur réalisation et a-t-il favorisé leur engagement commun en multipliant les connexions et les flux d'informations entre eux ?
4. L'OFSP a-t-il valorisé les résultats des expérimentations, soutenu les acteurs souhaitant implanter les innovations et œuvré à la normalisation de celles-ci ? A-t-il, dans ce cadre, réussi à mobiliser de nouveaux acteurs et de nouvelles catégories d'acteurs permettant un élargissement des réseaux de l'innovation ?

4 ÉTUDES DE CAS

Trois exemples de gestion de processus de l'innovation par l'OFSP sont décrits et analysés ci-dessous :

- la prescription d'héroïne sous contrôle médical ;
- la réduction des risques (prévention du VIH chez les injecteurs de drogue) en prison ;
- la prévention secondaire de la consommation/de l'abus de drogue.

Ces processus sont découpés en cinq parties : un bref historique, la phase d'émergence de l'idée, la phase de l'adaptation de celle-ci (projet), la mise en œuvre de l'innovation et, finalement, sa diffusion. L'étude de cas se termine ensuite par une brève analyse de son déroulement à travers les quatre phases et les deux sous-processus (de changement technique et social) tels qu'ils sont présentés dans le cadre d'analyse présenté au chapitre précédent.

La narration de chacun des processus suit une logique particulière : premièrement, nous avons sélectionné tous les événements importants et identifiables qui ont marqué le processus d'innovation. Il s'agit là de l'apparition de l'idée, de décisions et de mandats la concernant, de la finalisation de plans d'action ou de propositions législatives, de la mise en œuvre de l'expérimentation, de son élargissement, des résultats de recherche ou d'évaluation, ainsi que d'événements contextuels qui ont eu une incidence directe sur le processus d'innovation. L'identification de ces événements s'est faite à partir de la documentation existante et des récits des participants au processus d'innovation au sein de l'OFSP mais aussi à l'extérieur de celui-ci. Pour chacun de ces événements, nous avons aussi identifié le rôle et la participation de l'OFSP. Ensuite, nous avons entrepris de lier ces événements en identifiant des éléments de processus pouvant expliquer leur enchevêtrement chronologique. Là encore, nous avons recouru aux deux sources d'informations à disposition.

La reconstitution historique est bien évidemment sujette à des biais. Pour essayer de les contrôler, ou d'en limiter l'impact, nous avons systématiquement interrogé la compatibilité des récits et des interprétations provenant de la documentation écrite et des interviews. Lorsqu'un doute existait, et cela est arrivé à quelques reprises à la fois concernant les événements et les éléments de processus, nous avons opté pour une validation croisée des informations. Dans ce cas, une information n'était retenue que lorsque la majorité des sources qui la mentionnent s'accordaient sur son contenu.

Une telle démarche, et même généralement toute forme de démarche méthodologique, ne permet toutefois pas d'éliminer tous les biais liés à une reconstitution historique. Il nous semble toutefois que ce constat ne devrait pas empêcher le recours à de telles reconstitutions. L'une des raisons pour cela est que le degré de convergence des informations recueillies dans le cadre de cette étude est très important. Quant aux divergences, elles peuvent souvent être rattachées aux types d'informations consultées (rapport scientifique, document politique, plan) et à la position de l'interlocuteur (responsable ou collaborateur de l'OFSP, professionnel engagé dans le processus d'innovation, etc.). En somme, il n'est certes pas possible de garantir une absence de biais dans les récits qui suivent mais ceux-ci ne devraient être fortement limités et n'avoir que peu d'incidence pour les résultats de cette étude.

4.1 LA PRESCRIPTION D'HEROÏNE

4.1.1 Un peu d'histoire

L'idée de prescrire de l'héroïne aux consommateurs d'opiacés n'est évidemment pas née en Suisse et c'est l'exemple anglais qui a généralement servi de premier argument pour motiver la volonté d'introduire ce type de traitement ici. Ainsi, en 1979, le conseiller national Moritz Leuenberger dépose une motion dans laquelle il s'interroge sur la possibilité, à l'instar de ce qui se fait en Angleterre, de prescrire de l'héroïne aux consommateurs les plus dépendants. Pour répondre à cette motion, le Conseil fédéral désigne l'Office Fédéral de la Santé Publique pour l'instruire. Ce dernier fait appel au principal expert en matière de traitements de la toxicomanie en Suisse qui, après analyse des travaux anglais, fait valoir que l'administration d'héroïne ne procure apparemment aucun avantage par rapport à celle de méthadone. Cette argumentation sera ensuite reprise par le Conseil fédéral pour répondre à la motion Leuenberger.

Le 11 juin 1980, un autre parlementaire (Günter) demande cette fois au Conseil fédéral de présenter "un rapport complet mais succinct sur le problème des stupéfiants en Suisse". La sous-commission "drogue" de la Commission fédérale des stupéfiants, un organe d'experts dont l'existence est liée à la Loi sur les stupéfiants et qui est rattaché au Département fédéral de l'intérieur, est mandatée par l'OFSP pour rédiger ce rapport. Ce document est présenté en mars 1983 et il ne fait pas mention de la prescription d'héroïne. Il insiste en revanche sur la nécessité d'établir des directives concernant la prescription de méthadone et la coordination des pratiques cantonales dans ce domaine.²⁶

Les années qui suivent sont marquées par un accroissement des problèmes liés à la drogue, notamment à travers l'apparition du VIH/Sida et la naissance des scènes ouvertes. C'est aussi l'époque des premières mesures de réduction des risques avec la campagne de vaccination contre l'hépatite sur les bords de la Limat en 1982 et la mise en place de locaux d'injection et de programmes d'échange de seringues dès 1985. Au même moment, la prescription de méthadone se développe aussi de manière rapide et c'est dans la foulée de ces changements, qui concernent tant la nature des problèmes liés à la drogue que la forme de leur prise en charge, que l'idée de la prescription médicale d'héroïne revient en force.

C'est le Dr Seidenberg, un médecin zurichois travaillant auprès des consommateurs de drogue et promoteur des mesures de réduction des risques, qui en est cette fois le principal avocat. Le Dr Haemmig à Berne et d'autres membres du VSD (*Verein Sucht- und Drogenfachleute Deutschweiz*) souhaitent eux aussi que cette forme de traitement soit développée en Suisse. Des décideurs, particulièrement de la ville de Zurich, mais aussi de celles de Berne et de Bâle, souhaitent également explorer la question et s'adressent aux autorités fédérales à cet effet. Finalement, la presse s'intéresse aussi à ce projet, notamment en lien avec l'apparition de la scène ouverte du Platzspitz, et rend compte des arguments des avocats de la prescription d'héroïne et des résultats de l'exemple de Liverpool.

C'est dans ce contexte, dans lequel la question de la prescription d'héroïne prend de plus en plus d'importance en Suisse alémanique, que va paraître, en juin 1989, le second rapport sur la situation et la politique en matière de drogue de la sous-commission "drogue" de la Commission fédérale des stupéfiants. Celui-ci recommande notamment la dépénalisation de la consommation des drogues mais reprend aussi les conclusions déjà formulées au début des années 80 concernant la prescription d'héroïne : les espoirs que certains placent dans celle-ci

sont injustifiés au vu de l'expérience anglaise et la prescription de méthadone reste, en comparaison, plus appropriée²⁷.

Cette prise de position de la sous-commission ne va toutefois pas mettre un terme au débat. Le même mois (juin 1989), le conseiller national Günter dépose une nouvelle motion invitant le Conseil fédéral à autoriser la prescription sous contrôle médical d'héroïne. C'est à nouveau l'OFSP qui est chargé d'instruire le Conseil fédéral pour répondre à cette motion.

4.1.2 Faire émerger une nouvelle idée

Plutôt que de seulement reprendre les avis précédents et de clore le débat, la réponse à la motion Günter contient cette fois une ouverture puisqu'il est proposé d'investiguer plus avant la question de la prescription médicale d'héroïne.

L'OFSP va en fait investiguer la faisabilité de l'innovation. Pour le faire, il va notamment mandater deux expertises. La première est confiée fin 1989 à Annie Mino, une médecin psychiatre genevoise spécialiste de l'addiction qui n'est, jusque là, pas impliquée dans le débat sur la prescription d'héroïne. La tâche qui lui est confiée est d'expertiser la littérature scientifique portant sur la remise contrôlée d'héroïne et de morphine. La seconde expertise, qui est en fait un avis de droit, est confiée en 1990 à l'Office fédéral de la justice afin qu'il se prononce sur la possibilité, dans le cadre de la législation en vigueur, d'introduire la prescription d'héroïne sous contrôle médical en Suisse.

En parallèle, la question est aussi discutée au sein de l'OFSP. Les responsables de la prévention et ceux du contrôle des substances confrontent leurs points de vue sur la possibilité de la prescription d'héroïne. Une délégation se rend aussi à Liverpool pour la première conférence internationale sur la réduction des risques en avril 1990. Elle y rencontre le Dr John Marks, responsable des cliniques de la région (Merseyside) qui dispensent de l'héroïne, et s'informe plus précisément sur les pratiques et les résultats de son travail.

L'année 1990 constitue une première étape charnière dans l'histoire de la prescription médicale d'héroïne. D'abord, l'expertise Mino²⁸, l'avis de droit de l'Office fédéral de la justice, les informations recueillies en Angleterre et les discussions internes à l'OFSP indiquent tous que cette intervention peut être faisable. Ils permettent aussi de préciser les conditions de cette faisabilité : celles d'une expérimentation scientifique permettant d'évaluer les effets de cette forme de traitement. Ensuite, la croissance des infections par le VIH et le maintien, voir l'aggravation, des scènes ouvertes renvoient à un besoin de solutions et de perspectives nouvelles. Finalement, les résultats de la consultation sur le rapport de la sous-commission "Drogue" de 1989 sont disponibles. Ils indiquent qu'une majorité de quinze cantons est favorable à la dépénalisation de la consommation des drogues et qu'une minorité de huit cantons est favorable à la prescription médicale de stupéfiants²⁹.

4.1.3 Développer la nouvelle idée

C'est la sous-commission "Drogue" de la Commission fédérale des stupéfiants qui, dans un premier temps, est chargée par l'OFSP de réfléchir aux conditions cadre d'un projet d'expérimentation de la prescription médicale d'héroïne. En parallèle, l'OFSP développe un programme de mesures pour réduire les problèmes liés à la drogue (ProMeDro) qui fera l'objet d'une décision du Conseil fédéral le 21 février 1991. Ce programme répond à la volonté du gouvernement de ne pas modifier la LStup mais d'intervenir par d'autres moyens pour réduire les problèmes sociaux et sanitaires liés à la drogue. La volonté de développer les trai-

tements de maintenance et d'expérimenter de nouvelles formes de traitement, sans toutefois mentionner la prescription d'héroïne, apparaissent d'emblée parmi ces autres moyens.³⁰

Fin 1991, un premier projet d'ordonnance est remis au Conseiller fédéral en charge du Département de l'intérieur. Cette ordonnance porte sur la recherche et l'évaluation scientifique et inclut les bases pour un projet d'expérimentation de la prescription d'héroïne. Or, à la demande du Conseiller fédéral, cette ordonnance part en consultation en décembre 1991 en incluant le projet d'expérimentation mais en amputant celui-ci de la prescription d'héroïne (méthadone et morphine seulement).

Fin 1991 apparaissent aussi les résultats d'un sondage mandaté par l'OFSP pour le développement de sa campagne de sensibilisation³¹. Ces résultats indiquent qu'une très large majorité de la population est favorable aux mesures de réduction des risques (distribution de seringues, locaux d'injection) et qu'il existe aussi une majorité, certes un peu plus courte, en faveur de la prescription médicale de stupéfiants. Les résultats de la consultation sur l'ordonnance sur la recherche scientifique vont dans le même sens : le nombre de cantons et d'organisations favorables à la prescription d'héroïne est en nette croissance depuis 1989 et ils sont nombreux à déplorer la disparition de celle-ci dans le projet d'ordonnance qui leur a été soumis.

Finalement, suite à des discussions entre les responsables de l'OFSP et le Conseiller fédéral en charge du Département de l'intérieur, c'est un projet d'ordonnance comprenant des essais avec prescription d'héroïne qui sera soumis au Conseil fédéral et accepté par celui-ci le 21 octobre 1992. Cette ordonnance fixe les rôles de chacune des parties : l'OFSP s'occupe de la sélection des projets et du contrôle de leur exécution, de la mise en place et de la supervision de la recherche, de l'octroi des autorisations d'exception nécessaires à la prescription d'héroïne, et d'une partie du soutien financier nécessaire au déroulement des essais ; les cantons doivent autoriser les essais qui se déroulent sur leur territoire ; ces mêmes cantons, mais aussi les villes ou les institutions, sont responsables des projets qu'ils mettent en œuvre ; les mandataires chargé de l'évaluation sont responsables de la recherche et sont garants de sa valeur scientifique. Finalement, l'ordonnance fixe aussi le nombre de places (250) et de centres (5) pour les traitement avec prescription d'héroïne³².

En parallèle avec la rédaction et l'adoption de l'ordonnance, le projet d'expérimentation est progressivement précisé. Un comité scientifique, ou groupe d'experts en évaluation, a été créé en décembre 1991 pour la mise en place des essais. Le Prof. Gutzwiller, directeur de l'IUMSP de Zurich, est contacté pour s'occuper de la recherche et ce dernier propose que le Prof. Uchtenhagen et son équipe en assure la mise en œuvre. Ce sont eux qui, en collaboration avec la responsable de la recherche à l'OFSP, vont affiner le plan scientifique des essais en 1992 et 1993, notamment en le soumettant à différents experts. Ce plan sera finalement officialisé en décembre 1993 et il contient, outre le *design* scientifique pour l'évaluation des effets de la prescription d'héroïne, les critères d'admission aux essais et la prescription d'une offre d'assistance psychosociale dans ce cadre. Le nombre de places est fixé à 700 et se divise en trois groupes : méthadone injectable (200), morphine (250) et héroïne (250)³³. Ce plan est aussi soumis à la Commission fédérale des stupéfiants où il rencontre une forte opposition chez quelques-uns de ses membres, provenant principalement des milieux de la justice et de la police, mais où il sera finalement accepté.

Les cantons sont aussi contactés durant cette période par l'OFSP pour une éventuelle participation aux essais. Ainsi, en février 1993 se tient une première réunion de délégations (médecins cantonaux, délégués aux questions de toxicomanie, médecins responsables d'institutions, etc.) de sept cantons souhaitant participer à l'expérimentation. Les problèmes posés par celle-

ci, et notamment le financement des essais, y sont abordés. Cette réunion sera suivie par d'innombrables rencontres bilatérales entre les responsables des projets dans les cantons et les responsables des essais à l'OFSP. Ces rencontres visent à clarifier les tâches de chacune des parties et à répondre aux problèmes qui se posent, notamment en ce qui concerne la répartition des places de traitement (méthadone, morphine, héroïne). Ce processus va aussi conduire au retrait de certaines candidatures.

Finalement, l'académie suisse des sciences médicales, la Fédération des médecins suisses (FMH), l'Organe international de contrôle des stupéfiants à Vienne et l'OMS seront aussi contactés, dès 1993, pour obtenir leur accord ou une évaluation externe (OMS) pour les essais.

4.1.4 Réaliser l'innovation

Comme cela a été dit précédemment, l'OFSP a contacté les cantons et villes pour leur proposer de participer aux essais. Ensuite, des réunions de groupe et individuelles ont permis d'aborder les différents problèmes organisationnels liés à l'innovation. Ces démarches ont conduit à préciser les modalités de la participation et au retrait de certaines candidatures.

En janvier 1994 débutent les premiers traitements avec l'ouverture de deux centres à Zurich. A la fin de l'année, ce sont sept centres qui sont actifs dans le cadre des essais. Ceux-ci comprennent en outre, l'équipe de recherche accompagnée d'un comité scientifique, la division pharmacie de l'OFSP qui est chargée de l'achat et de la logistique autour des stupéfiants et qui collabore avec les pharmaciens cantonaux, un *safety-group* chargé de la surveillance, et la direction du projet à l'OFSP - rattachée aux services du directeur de l'institution - qui gère les autorisations et coordonne le projet dans son ensemble.

Dès la première année des essais, il apparaît que la prescription de morphine engendre des effets secondaires importants et que l'injection de méthadone n'est guère appréciée chez les toxicomanes. Ces questions seront reprises par le *safety-group* et par l'OFSP. Elles vont conduire à une décision du Conseil fédéral en janvier 1995 qui va permettre d'augmenter les places d'héroïne (500) et de réduire celles de méthadone (100) et de morphine (100).

En mai 1995, le Conseil fédéral est une nouvelle fois sollicité par l'OFSP pour une décision concernant une augmentation du nombre de places à mille, dont huit cent pour l'héroïne. Cette décision est notamment basée sur les premiers résultats provenant de l'évaluation, sur le bon fonctionnement des projets, sur de nouvelles demandes de participation aux essais et sur le plan de fermeture de la scène du Letten à Zurich en février. En outre, de nouvelles questions de recherche portant notamment sur l'évolution de la criminalité chez les patients sont intégrées au projet. Cette préoccupation est née de différentes controverses avec les organes de justice et police au niveau national et local. C'est le Prof. Killias de Lausanne qui se chargera de l'étude³⁴.

Une dizaine de nouveaux centres de prescription d'héroïne seront ainsi créés en 1995. A la fin de l'année paraissent aussi les premiers résultats de l'évaluation qui attestent de la faisabilité du projet et qui mentionnent des observations encourageantes. En outre, un livre portant sur la prescription d'héroïne est édité par l'OFSP et il regroupe les expériences suisses et étrangères dans ce domaine³⁵.

En 1996 paraît le second rapport intermédiaire concernant les essais qui se terminent à la fin de l'année. Aucune nouvelle entrée ne sera ensuite acceptée mais le Conseil fédéral proroge la durée du projet-pilote jusqu'en 1998 dans l'attente des résultats finaux de l'évaluation.

En 1996 paraît aussi le rapport de la Commission Schild mandatée pour examiner la question de la révision de la Loi sur les stupéfiants. Parmi les éléments mentionnés dans ce rapport, cette commission indique que, advenant des résultats favorables, la prescription d'héroïne peut constituer un complément judicieux à l'offre thérapeutique existante³⁶.

Durant la période 1994-1997, la prescription d'héroïne fera l'objet de nombreuses décisions politiques. Au niveau local d'abord, soit à Bâle, Winterthour, Zoug et Zurich où la mise en place et/ou la poursuite de l'expérimentation donnent lieu à des votations populaires. Au niveau fédéral ensuite, puisque l'initiative populaire "Jeunesse sans drogue" déposée en 1993 remet fondamentalement en question la prescription d'héroïne. Celle-ci est rejetée par 70% des votants en septembre 1997. Peu de temps auparavant, les résultats finaux de l'évaluation ont confirmé la faisabilité de la prescription d'héroïne et des résultats positifs (taux de maintien, état de santé, situation sociale, criminalité) chez les patients³⁷.

4.1.5 Diffuser l'innovation

Les résultats positifs que fait apparaître l'évaluation de la prescription d'héroïne ainsi que le refus de l'initiative "Jeunesse sans drogue" constituent deux motivations majeures pour la diffusion de la prescription d'héroïne. Celle-ci doit d'abord se réaliser au travers d'une décision politique qui permet de poursuivre la prescription d'héroïne au-delà de la période des essais.

Un avant-projet d'Arrêté fédéral urgent est mis en consultation en 1998 et il est approuvé par une majorité de répondants (cantons, villes, partis, associations). A l'issue de cette consultation, un message relatif à l'adoption de cet Arrêté est formulé à l'intention des parlementaires afin qu'ils entrent en matière pour son adoption. L'Arrêté est finalement accepté le 9 octobre 1998 et la Suisse dispose désormais de la base légale nécessaire pour introduire la prescription de stupéfiants comme traitement reconnu destiné aux personnes fortement dépendantes³⁸. Le nombre de places en thérapie n'est alors plus limité mais l'OFSP maintient un contrôle strict sur les autorisations données aux institutions, aux prescripteurs et aux patients. La période d'application de l'Arrêté fédéral est limitée au 31 décembre 2004 ou à la prochaine révision de la Loi sur les stupéfiants.

Un référendum est immédiatement mis en oeuvre à l'encontre de l'Arrêté fédéral et la votation populaire qui s'ensuit est alors fixée en juin 1999. En attendant, la prescription d'héroïne se poursuit mais il n'y a pas d'ouvertures de nouveaux centres et pas d'entrées de nouveaux patients.

L'ordonnance d'exécution de l'Arrêté fédéral sur la prescription médicale d'héroïne est mise en consultation en mars 1999 et son entrée en vigueur est prévue pour le 1^{er} avril. Elle est une nouvelle fois approuvée par une majorité de partis politiques, de cantons et d'associations. Un argumentaire est aussi publié pour la votation référendaire³⁹. Celle-ci a lieu le 13 juin 1999 et une majorité des votants (54,4%) approuve à son tour l'Arrêté fédéral.

Désormais la phase d'expérimentation est terminée et la prescription d'héroïne peut à nouveau se développer tant dans les centres déjà existants que dans de nouveaux centres créés à Berthoud, Coire, Brugg et dans la prison de Realta. Le nombre de personnes en traitement va ainsi croître progressivement à 937 en 1999, 1038 en 2000 et 1098 en 2001¹³.

En septembre 1999, le Conseil fédéral met en consultation un projet de révision de la Loi sur les stupéfiants qui inclut l'institutionnalisation de la prescription d'héroïne. Les résultats de cette consultation indiquent notamment que cet élément est désormais peu contesté. La révision de la Loi, quant à elle, est soumise au parlement en 2001. L'examen de ce projet va toute-

fois connaître d'importants retards. En conséquence, le Conseil fédéral va proposer une prolongation de cinq ans pour l'Arrêté fédéral urgent de 1999 et celui-ci devrait être valable jusqu'à fin 2009 ou jusqu'à la date de l'entrée en vigueur de la révision de la LStup. Cette prolongation est acceptée par le parlement en été 2003.

En parallèle, l'OFSP se charge de conduire les différentes étapes nécessaires pour que la prescription d'héroïne fasse partie des prestations remboursées par l'assurance maladie. Fin 2001, l'héroïne est enregistrée comme substance thérapeutique par l'Office intercantonal de contrôle des médicaments et, au début 2002, admise dans la liste des spécialités de l'OFAS. Dès lors, les conditions pour le financement des prestations par l'assurance maladie sont réunies.

Dès l'entrée en vigueur de l'Arrêté fédéral urgent en 1999, l'OFSP développe différentes activités de formation et de développement de la qualité, spécifiquement ciblées sur la prescription d'héroïne⁴⁰. Un manuel est aussi publié en 2000 et il sert de guide général pour ce type de traitements⁴¹. Finalement, un ouvrage portant sur l'introduction de la prescription d'héroïne paraît encore en 2002⁴².

4.1.6 Brève analyse de la gestion du processus d'innovation

Gestion du processus technique

La prescription d'héroïne est une idée qui n'est pas née à l'OFSP mais qui a été reprise par ce dernier au moment où les problèmes sociaux et sanitaires liés à la consommation de drogue étaient en nette croissance. Ainsi, c'est la capacité de reconnaître une solution potentielle et de l'inscrire dans la gestion plus large d'une problématique sociale qui constitue la première caractéristique du travail de l'OFSP à la fin des années 80. La seconde caractéristique de ce travail est celle d'examiner la faisabilité (scientifique, pratique, juridique) de cette innovation et, dans ce cadre, de déterminer les conditions dans lesquelles elles pourrait être appliquée (expérimentation).

Le développement du scénario pour l'implantation de l'innovation fait apparaître deux éléments importants. Le premier est celui de la détermination des caractéristiques générales de ce scénario, telles qu'elles vont apparaître dans l'ordonnance d'octobre 1992. Il s'agit là d'une première adaptation de l'innovation aux exigences juridiques, politiques et professionnelles du contexte. Le second élément est celui de la détermination des éléments pratiques de l'implantation de l'innovation tels qu'ils vont apparaître dans le projet de recherche et dans les critères de sélection et de mise en œuvre des projets. Ici, l'adaptation se réalise en fonctions des exigences de la connaissance scientifique ainsi que des caractéristiques pratiques des environnements dans lesquels l'innovation va être réalisée. La démarche d'élaboration du scénario se fait donc en deux temps, même si ceux-ci se recoupent en partie, est conduit à deux adaptations successives de l'idée originale au contexte dans lequel celle-ci devrait être réalisée. En fin de compte, la définition des rôles et tâches de chacune des parties impliquées (Confédération, cantons, villes, institutions, professions) est clairement déterminée.

La réalisation de l'innovation va toutefois faire apparaître certaines difficultés dans l'application de ce scénario. Les effets secondaires engendrés par la morphine et le faible intérêt pour la méthadone constituent en effet des problèmes pour la faisabilité de l'expérimentation telle qu'elle a été conçue. Ces constats vont conduire à plusieurs ajustements et, principalement, à la croissance du nombre de patients recevant de l'héroïne. Une telle décision va évidemment avoir un impact sur le travail des scientifiques puisque le plan de recherche original n'est plus que partiellement applicable dans de telles conditions. Ainsi, la mise en œuvre de l'innova-

tion se termine essentiellement par un double constat : d'une part, la prescription d'héroïne est une pratique faisable et, d'autre part, le suivi de la population qui y a recours fait apparaître une amélioration de sa situation (état de santé, emploi et logement, criminalité). En revanche, hormis dans le cadre de petits essais comparatifs à Berne et à Genève, il n'est guère possible d'en démontrer l'avantage sur des traitements recourant à d'autres substances.

La faisabilité et les expériences positives avec la prescription d'héroïne constituent des éléments qui incitent l'OFSP à œuvrer en faveur de son institutionnalisation. Toutefois, cette normalisation se réalise d'une manière particulière puisque l'OFSP maintient des conditions de contrôle et de mise en œuvre qui ne concernent pas d'autres formes de traitement de la dépendance aux opiacés et, ainsi, préserve un statut exceptionnel pour la prescription d'héroïne. A l'inverse, il entreprend les démarches nécessaires pour que ce traitement soit lui aussi pris en charge par l'assurance maladie.

Gestion du processus de mobilisation sociale

Lorsque l'OFSP commence à s'intéresser à la prescription d'héroïne, celle-ci a déjà donné lieu à une certaine mobilisation sociale et différents acteurs (praticiens, décideurs) se sont déjà mis en convergence autour de cette idée. L'OFSP peut donc s'appuyer sur ce premier groupe d'innovateurs pour justifier sa volonté d'examiner la faisabilité de la prescription d'héroïne. Toutefois, il entreprend immédiatement d'élargir ce cercle en mandant des expertises à l'extérieur de celui-ci et en invitant de nouveaux acteurs à s'interroger sur les conditions de faisabilité de la prescription d'héroïne. Ainsi, la participation de la Doctoresse Mino permet de mobiliser une experte des traitements de la toxicomanie mais aussi une représentante d'une région de Suisse où l'idée de la prescription d'héroïne est généralement rejetée. L'expertise juridique, mais aussi la mobilisation des différents départements de l'OFSP, permet aussi d'inclure l'administration fédérale dans la communauté des acteurs qui s'associent à la réflexion sur la faisabilité de l'idée. Finalement, la mobilisation des cantons, villes, partis et associations, à travers une question supplémentaire ajoutée à la consultation portant sur le rapport de la sous-commission "Drogue", permet de définir un premier ensemble d'acteurs favorables à la prescription d'héroïne. En somme, la phase d'émergence de l'idée se termine par une extension progressive du cercle des innovateurs qui, désormais, comprend le porte-parole des principales catégories d'acteurs (Confédération, régions, cantons, villes, professions (médecine, travail social), institutions, recherche, etc.) concernées par cette idée.

La phase de développement du scénario fait apparaître une dynamique similaire. En raison du caractère particulier de cette innovation, ce sont d'abord les décideurs qui doivent être associés à l'innovation. Les discussions et négociations avec le Conseiller fédéral en charge du département de l'intérieur, la consultation portant sur la première version de l'ordonnance sur la recherche ainsi que le sondage effectué auprès d'un échantillon de la population suisse vont aboutir à mobiliser, activement ou passivement, les principales instances de décision en Suisse et à élargir en conséquence le cercle des innovateurs. Cet élargissement se poursuit lors du développement du projet Prove^f, qu'il s'agisse de ses dimensions scientifiques ou organisationnelles. Les discussions et négociations entourant le développement du projet vont en effet permettre, d'une part, de favoriser la participation de nouveaux acteurs (services de l'OFSP, experts scientifiques, administrations locales, praticiens) et, d'autre part, de mobiliser certains des acteurs qui, au départ du processus d'innovation, lui étaient plutôt hostiles (commission fédérale des stupéfiants et sous-commission "Drogue", des experts, certains cantons suisses

^f *Projekt zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln* (projet de prescription médicale de stupéfiants).

alémaniques). Dès lors, avant même d'être réalisée, l'innovation est soutenue par une coalition qui ne cesse de s'étendre. Cette extension s'est faite à travers l'intéressement et l'enrôlement de nouveaux acteurs pour la conception de Prove mais aussi, plus généralement, par les très nombreuses connexions et la circulation d'informations entre les différentes parties mobilisées.

La phase de mise en œuvre de l'innovation se réalise à travers la mobilisation du réseau qui a déjà été constitué lors des deux premières phases du processus d'innovation. Différents ajustements entre les parties permettront de maintenir et de stabiliser ce réseau autour du projet Prove. Dans un second temps, soit dès la démonstration de la faisabilité générale de la prescription d'héroïne, une extension du réseau, incluant notamment la participation de l'institution que dirige la Doctoresse Mino à Genève, se réalisera sous la forme d'un élargissement du projet tant en ce qui concerne le nombre de personnes prises en charge, le nombre de régions concernées que les questions de recherche qui sont investiguées. Ainsi, dans le cadre de la mise en œuvre, le réseau de l'innovation s'étend encore et sa coordination est assurée par les nombreuses connexions qui lient les acteurs. En parallèle, apparaît aussi un réseau d'opposants au projet qui va se regrouper autour de l'initiative "Jeunesse sans drogue" et de certains référendums locaux. Ce réseau, qui regroupe lui aussi des décideurs, des professionnels et des institutions, va développer la controverse entourant la prescription d'héroïne. Or, ce réseau va échouer dans toutes ses tentatives de faire renoncer à ce type de traitements. L'une des principales raisons de cet échec est sans doute que les opposants sont confrontés à une mobilisation massive des participants à la prescription d'héroïne qui sont à la fois plus nombreux et qui sont mieux coordonnés entre eux. L'OFSP occupe d'ailleurs un rôle central dans ce domaine puisque c'est lui qui multiplie et favorise les connexions et les ajustements au sein du réseau, mais aussi qui en est le premier porte-parole.

Finalement, la phase de diffusion débute une nouvelle fois autour d'une confrontation entre les opposants à la prescription d'héroïne et le réseau d'acteurs qui s'est mobilisé en faveur de celle-ci. Le résultat du référendum sur l'Arrêté fédéral urgent laisse entrevoir une mobilisation plus faible de ce réseau, certainement en raison des succès passés. Le rejet du référendum permet ensuite de stabiliser et d'étendre le réseau en développant les bases légales nécessaires à l'introduction et au remboursement de la prescription d'héroïne et en précisant les conditions d'accessibilité de celle-ci.

Observation finale

La principale observation qui peut être faite au sujet de la gestion de ce processus d'innovation concerne le développement simultané des sous-processus technique et de mobilisation sociale. En effet, chacune des étapes du processus (émergence de l'idée, développement d'un scénario, réalisation de l'innovation et diffusion de celle-ci) fait apparaître l'enchevêtrement de l'application des outils de la gestion de projet et de l'évaluation scientifique avec une mobilisation toujours croissante d'acteurs qui se lient à cette innovation. Ce constat renvoie en premier lieu à des capacités d'intéressement et d'enrôlement, reposant sur des pratiques de négociation et d'ajustement, qui permettent de lier le développement d'une innovation avec le contexte social dans lequel celle-ci doit être implantée.

4.2 LA REDUCTION DES RISQUES (PREVENTION DU VIH CHEZ LES INJECTEURS DE DROGUE) EN PRISON

4.2.1 Un peu d'histoire

C'est en 1984, lors de la "conférence des médecins pénitentiaires suisses", qu'il est fait état pour la première fois d'une augmentation inexplicquée de certains symptômes et d'une perte de poids chez des détenus toxicomanes. Dès l'année suivante, des mesures de dépistage du VIH font apparaître la présence de ce virus parmi la population de quelques prisons suisses. Ce constat va conduire certains services médicaux pénitentiaires à développer des stratégies et des mesures de prévention du VIH dans les prisons. La mise à disposition de préservatifs, le conseil et l'information sont alors les principales interventions répertoriées. Peu après apparaissent aussi les premiers cas de Sida en prison et un premier détenu décède de cette maladie peu après sa libération⁴³. Le nombre de détenus toxicomanes ne cesse quant à lui de croître.

En parallèle, se développent dans certaines villes de Suisse alémanique les premiers programmes d'échange de seringues qui attestent de la faisabilité de cette intervention. Cette mesure va rapidement apparaître comme la plus efficace pour réduire les risques d'infections par le VIH.

4.2.2 Faire émerger une nouvelle idée

Dès 1986, l'OFSP suggère l'idée de l'introduction d'un accès aux seringues pour la population toxicomane en prison. Ainsi, il élabore, avec la Commission fédérale sur le sida et la Conférence des chefs de départements cantonaux de justice et police, des recommandations concernant la prévention du VIH s'adressant au personnel des prisons ainsi que des notices informatives s'adressant aux détenus⁴⁴. Les recommandations suggèrent, parmi d'autres mesures, l'introduction de la distribution de matériel d'injection stérile alors que la notice conseille aux détenus de ne pas s'injecter de drogue ou alors d'éviter le partage des seringues et aiguilles.

Peu après, soit au printemps 1987, la Conférence des directeurs des départements de justice et police, ainsi que les directeurs des prisons et les responsables des concordats qui les regroupent, feront connaître leur opposition à toute remise de matériel d'injection stérile. Cette position est notamment liée à l'interdiction de la consommation de drogue en prison et aux dangers que pourrait entraîner la présence de seringues et d'aiguilles dans ce milieu.

Durant les années suivantes, le Conseil de l'Europe⁴⁵ et l'OMS^{46,47} vont développer différentes prises de positions et recommandations concernant la prévention du VIH en prison. La distribution de seringues est envisagée comme l'une des méthodes pour réduire le nombre d'infections contractées en milieu pénitentiaire.

En 1989, l'OFSP renouvelle ses recommandations pour le personnel carcéral et sa notice informative à l'intention des détenus. Cette fois, il est suggéré de donner la possibilité aux toxicomanes de se procurer du matériel d'injection stérile sans toutefois préciser que celle-ci doit se réaliser au travers d'une distribution systématique de ce type de matériel. Cette recommandation rejoint certaines pratiques déjà en cours en Suisse. En effet, dans au moins deux établissements, l'échange de seringues est pratiqué sans autorisation par un médecin ou par le service médical. En outre, un établissement envisage d'introduire la distribution de seringues dans le cadre d'une étude expérimentale mais ce projet n'aboutit pas.

L'OFSP mandate aussi le Prof. Harding de l'Institut universitaire de médecine légale de Genève pour réaliser une revue d'ensemble de la situation en matière de VIH/Sida dans le

milieu carcéral et pour élaborer des recommandations à ce sujet. Une réunion préparatoire à cet effet est organisée le 2 juin 1989 à Genève et elle regroupe des professionnels de la santé carcérale et quelques directeurs de prisons. Outre la prise de contact nécessaire pour la réalisation de l'étude, cette réunion permet aussi l'élaboration d'une déclaration portant sur les conditions et la pratique du nettoyage du matériel d'injection.

En 1990, l'OFSP publie un rapport portant sur "La stratégie de prévention du Sida dans la Confédération : discussions dans les cantons et dans la principauté du Liechtenstein". Celui-ci fait apparaître que la distribution de seringues ou de matériel d'injection n'est évoqué que par deux cantons suisses. Au mois de novembre de la même année paraît le rapport du Prof. Harding⁴⁸. Son enquête aboutit aux conclusions suivantes : la distribution, vente ou échange de seringues n'est officiellement pratiquée dans aucun établissement pénitentiaire et cela malgré les recommandations formulées par l'OFSP. Deux établissements, en revanche, indiquent avoir mis en œuvre des mesures permettant la désinfection du matériel d'injection en prison. En conséquence, il est recommandé de développer ce type d'interventions, moins controversée, soit de développer la mise à disposition d'eau de javel et d'informations sur les modalités du nettoyage du matériel d'injection. Toutefois, une étude menée en parallèle démontre que cette solution est insuffisante pour prévenir le risque d'infection.

L'OFSP suggère alors au Prof. Harding d'envisager également, parmi ses recommandations, la réalisation d'un projet-pilote de distribution de seringues dans une ou deux prisons suisses. Cette recommandation apparaîtra également en 1991 dans l'évaluation globale externe de la stratégie de prévention du Sida en Suisse⁴⁹.

4.2.3 Développer la nouvelle idée

En 1992, l'OFSP commande un avis de droit à l'Office fédéral de justice et police concernant "la remise de seringues stériles et la mise à disposition de matériel de désinfection sous forme de projets-pilote dans le cadre de l'exécution des peines et des mesures". Cet avis étant favorable, l'OFSP va s'engager dans le développement d'un tel projet.

Concevoir une expérimentation de la mise à disposition de seringues sans identifier au préalable le site (établissement pénitentiaire) dans lequel celle-ci pourra avoir lieu n'a cependant guère de sens. En effet, l'opposition de la Conférence des directeurs des départements de justice et police, des directeurs de prisons et des concordats qui les regroupent est telle qu'il est absolument nécessaire de mobiliser au préalable la direction d'une prison pour pouvoir avoir une chance de réaliser le projet.

C'est la prison pour femmes de Hindelbank (BE) qui va apparaître comme le seul site sur lequel l'expérimentation pourrait se dérouler. Le médecin de cette prison a déjà effectué un sondage parmi les détenues qui a fait apparaître des chiffres alarmants sur la consommation de drogue, l'échange de seringues et le taux de séropositivité dans l'établissement. Ces résultats conduisent ce médecin et la direction de la prison à être intéressés par la mise en place de solutions novatrices pour répondre à ce problème.

En parallèle, l'OFSP contacte le Dr Nelles et le Dr Bürki pour concevoir le projet pilote à Hindelbank. Le premier s'occupera de l'étude scientifique et le second de la mise en œuvre des mesures de prévention du VIH/Sida.

Des négociations doivent aussi être menées avec les autorités de tutelle de la prison (Département de justice et police fédéral et cantonal, concordat) et l'OFSP s'engage alors activement dans cette activité. Il crée aussi un groupe de travail "Sida en prison" réunissant des praticiens

de la médecine pénitentiaire, des directeurs de prisons et l'OFSP. Son objectif est notamment d'améliorer le dialogue et l'échange de connaissances entre les différentes parties.

Durant la période 1992-1994, la prise en charge des problèmes de toxicomanie en prison se modifie aussi à travers ou en dehors des mesures soutenues par l'OFSP. Ainsi, la prescription de méthadone et la mise à disposition de matériel de désinfection se réalise dans un nombre croissant de prisons. En outre, il apparaît que le médecin d'une prison en Suisse allemande (Oberschöngrün, canton de St-Gall) pratique, en toute discrétion, la distribution de seringues, et celle-ci sera ensuite rétroactivement acceptée par la direction de l'établissement⁵⁰. Entre mars 1992 et décembre 1993 se déroule aussi une intervention de prévention du VIH par la Aids-Hilfe (Aide contre le Sida) du canton de Berne dans la prison de Witzwil. Dans le cadre de celle-ci, les intervenants prennent la responsabilité de donner du matériel d'injection stérile à certains détenus qui, lors d'entrevues individuelles, déclarent qu'ils s'injectent des drogues en prison. Informé de cette activité, le directeur de la prison mettra immédiatement un terme au projet.

4.2.4 Réaliser l'innovation

Le développement des modalités de l'expérimentation et les négociations avec les autorités de tutelle aboutissent en juin 1994 à la réalisation de l'innovation dans le cadre de la prison de Hindelbank. Là, des activités de prévention (information, conseil) ainsi que la distribution de préservatifs et de matériel d'injection, à travers des automates, ont lieu durant une année. En parallèle, le Dr Nelles réalise une évaluation des effets engendrés par ces interventions.

Les résultats de ces travaux, publiés dès 1995, font apparaître une quasi disparition de l'échange de seringues entre les détenues et une absence de nouveaux cas d'infections par le VIH ou les virus des hépatites durant l'expérimentation. En outre, la faisabilité de la distribution de seringues a pu être démontrée puisque les craintes des opposants à celle-ci (croissance de la consommation de drogue, utilisation des seringues comme armes) n'ont pas trouvé de confirmation dans la réalité⁵¹.

La première conséquence de ces résultats est le maintien de certaines dimensions du programme (automates à seringues, travail de la déléguée à la prévention) dans la prison d'Hindelbank. En outre, ces résultats sont diffusés à large échelle tant au niveau national qu'international, ce qui conduira notamment à de très nombreuses visites de délégations étrangères. En parallèle, la démonstration de la faisabilité de la distribution de seringues dans la prison de Oberschöngrün permet d'étendre certaines conclusions également aux prisons pour hommes⁵². Toutefois, les deux établissements sont de petite taille et des critiques vont rapidement questionner la faisabilité de telles expériences dans des centres pénitentiaires de plus grande envergure.

En parallèle, le personnel soignant de la prison de Champs Dollon est autorisé par le Grand Conseil genevois en 1994 à échanger les seringues usagées. Cette pratique se déroule dans le cadre des consultations et est assimilée à un acte médical couvert par le secret professionnel. Les détenus susceptibles d'avoir recours à l'injection sont informés de cette possibilité.

4.2.5 Diffuser l'innovation

La valorisation des résultats de l'expérimentation de Hindelbank se développe en 1996 : un symposium international sur le thème de la réduction des risques en prison est organisé, les directeurs des prisons suisses reçoivent aussi les résultats de l'évaluation qui sont également publiés dans l'organe de communication du Département fédéral de justice et police. En 1997,

l'OFSP soutient aussi la publication d'un ouvrage portant sur la réduction des risques en prison⁵³.

Cette valorisation conduit à de nouvelles prises de contact avec les autorités pénitentiaires. A Bâle, la remise de seringues va se réaliser dans le cadre d'un programme de développement de la substitution à la méthadone sous forme intraveineuse mais il ne va pas conduire, comme le relève une évaluation mandatée par l'OFSP⁵⁴, à la distribution libre de matériel d'injection. Dans les Grisons, la prison de Realta va donner lieu à une nouvelle expérimentation, soit une intervention accompagnée d'une évaluation financée par l'OFSP⁵⁵, comprenant la mise en place d'un automate à seringues. Celui-ci sera installé en février 1997 après différentes discussions et négociations notamment avec le département de la police. Dans le canton de Vaud ce n'est pas une expérimentation de la distribution de seringues qui est réalisée mais celle de la remise d'une pharmacie personnelle contenant notamment un flacon de solution antiseptique dans quelques prisons vaudoises. Dès la première phase de cette étude, la question de la distribution de seringues est évoquée.

Les résultats de l'étude de suivi de l'expérience de Hindelbank sont aussi publiés en 1997 et confirment les premiers résultats⁵⁶. Une autre étude mandatée en 1996 par l'OFSP, et qui vise notamment à cataloguer les interventions de prévention du VIH en milieu carcéral, révèle que la mise à disposition ou l'échange de seringues est pratiqué dans quatre prisons en 1997 et que sept autres mettent à disposition du matériel de désinfection. En tout, ce sont 36% des places de détention qui sont ainsi concernées par l'une ou l'autre mesure⁵⁷.

En octobre 1997 un nouvel avis de droit demandé à l'Office fédéral de la justice se prononce en faveur de la légalité de la mise à disposition de matériel d'injection stérile en prison et relève qu'il est du devoir des responsables des établissements pénitentiaires d'adopter les mesures efficaces pour la prévention du VIH. Cette prise de position, sous la forme d'un avis de droit, est unique en Europe. En mars 1998, le directeur de l'OFSP adresse un courrier à la Conférence des directeurs des départements de justice et police, à celle des directeurs des affaires sanitaires et à celle des directeurs des établissements sanitaires. Il recommande, sur la base des expériences menées jusqu'ici, l'intégration de la distribution de seringues dans toutes les prisons en respectant néanmoins les conditions particulières de chacune d'entre-elles. Seul le canton de Berne s'engage sur la voie préconisée par l'autorité fédérale puisqu'il impose un décret pour que les quatre prisons du canton mettent à disposition des détenus du matériel d'injection stérile à partir du mois de juillet 1998. L'élaboration de ce décret est basé sur l'expérience de Hindelbank ainsi que sur les deux avis de droit de l'Office fédéral de la justice de 1992 et de 1997.

Un nouveau rapport portant sur l'application des mesures de prévention du VIH dans les prisons suisses⁵⁸, publié en 1999, conclut cependant que les directives de l'OFSP sont loin d'être systématiquement suivies. Il en va de même dans le canton de Berne, où l'application du décret n'est pas systématique ou alors donne lieu à des modalités de distribution de seringues pas toujours efficaces. A la même époque, les résultats de l'expérimentation de Realta confirment ceux de l'évaluation du projet à Hindelbank. Finalement, en 2000, la prison de Saxerriet dans le canton de St-Gall installe deux automates à seringues et une nouvelle évaluation est financée par l'OFSP. Ainsi, en 2001, ce sont sept institutions (Hindelbank, Saxerriet, Realta, Champs Dollon, Oberschöngrün, Throberg et Witzwil) qui mettent à disposition du matériel d'injection stérile. Trois d'entre elles ont recours à des automates à seringues. Plus d'une dizaine d'autres institutions recourent à différents projets permettant la désinfection du matériel d'injection.

4.2.6 Brève analyse de la gestion du processus d'innovation

Gestion du processus technique

L'OFSP identifie très rapidement le milieu carcéral comme un lieu nécessitant des interventions de prévention de l'infection par le VIH. Le fait que les consommateurs de drogue par injection constituent une population très touchée par l'épidémie et qu'ils représentent une part importante et croissante des détenus dans les prisons suisses, l'incite à vouloir développer dans le milieu carcéral des interventions de réduction des risques qui ont déjà fait leur preuve en milieu ouvert. Les recommandations formulées par l'OFSP se heurtent cependant rapidement à l'opposition des autorités et des responsables des prisons qui remettent en question l'utilité et la faisabilité de telles mesures, en particulier celle de la distribution de matériel d'injection. Une expertise scientifique mandatée par l'OFSP permet cependant de conclure à l'insuffisance des actions de prévention du VIH dans les prisons et incite l'OFSP à poursuivre ses efforts.

Cette situation générale conduit l'OFSP à développer un scénario d'introduction de la distribution de matériel d'injection en milieu carcéral reposant en premier lieu sur la vérification et la démonstration de la faisabilité et de l'utilité de cette mesure. Une expertise légale est d'abord mandatée à l'Office fédéral de la justice qui confirme que cette mesure est envisageable. Ensuite, l'OFSP développe en collaboration avec les responsables et les collaborateurs de la prison de Hindelbank, avec les autorités de tutelle de celle-ci, ainsi qu'avec deux médecins responsables de l'intervention et de la recherche, un projet d'expérimentation de la distribution de seringues. En outre, il offre également un soutien à d'autres acteurs essayant, dans d'autres prisons, de mettre en œuvre la distribution ou l'échange de seringues.

Le projet d'expérimentation est relativement court et se déroule sans encombre majeur. Les résultats démontrent la faisabilité et l'utilité de la mise à disposition du matériel d'injection. Ils seront confirmés par la suite à travers d'autres expérimentations et l'étude de suivi du projet de Hindelbank.

La valorisation de ces différents résultats se fait à une large échelle et de nouvelles expérimentations se créent dans la foulée du projet de Hindelbank. En outre, un second avis de droit introduit un caractère contraignant pour le développement de telles mesures, ce qui conduit le canton de Berne à adopter un décret dans ce sens. Toutefois, malgré cet avis de droit et un courrier adressé par le directeur de l'OFSP aux autorités de tutelle des prisons, le développement de la distribution de matériel d'injection reste limité et continue à se concrétiser au travers d'expérimentations soutenues par l'OFSP.

Gestion du processus de mobilisation sociale

La volonté d'introduire l'échange ou la distribution de seringues en prison, à la fin des années 80, se heurte rapidement à une opposition généralisée chez les acteurs responsables du secteur carcéral. Dans un premier temps, les seuls acteurs qui sont susceptibles de soutenir cette innovation sont issus des milieux de la prévention du VIH et de la recherche sur la santé des prisonniers. Une telle constellation est toutefois nettement insuffisante pour porter l'idée dans son contexte d'implantation.

Le développement d'un projet d'expérimentation constitue une première opportunité pour rassembler les différentes catégories d'acteurs nécessaires à l'introduction de l'innovation. La mobilisation conjointe de l'Office fédéral de la justice, des responsables, du médecin et des collaborateurs de la prison de Hindelbank, des autorités de tutelle de celle-ci ainsi que d'un duo composé d'un praticien de la prévention du VIH et d'un chercheur vont permettre de

constituer un premier mini-réseau de l'innovation. Cet effort d'intéressement, d'enrôlement et d'ajustements n'aurait pas été possible, de l'avis des participants, sans un engagement majeur de la part de l'OFSP.

La réalisation de l'innovation repose sur le réseau constitué lors de la phase précédente et elle se déroule sans grands problèmes. En parallèle, l'OFSP soutient aussi d'autres projets et certains des membres du réseau de l'innovation sont sollicités à cet effet.

La diffusion de l'innovation se fait selon deux axes. Le premier est la valorisation des résultats de l'étude de Hindelbank et le soutien aux acteurs souhaitant reproduire cette expérimentation. Par ce biais, de nouveaux mini-réseaux de l'innovation peuvent être constitués autour des projets locaux. Le second axe est celui de la normalisation de l'innovation et il repose sur une nouvelle mobilisation de l'Office fédéral de la justice, à travers un avis de droit aux conclusions plus contraignantes que le précédent, et à travers la mobilisation du directeur de l'OFSP qui va inciter les autorités de tutelle des prisons à adopter la mise à disposition de matériel d'injection. Cette méthode paraît dans un premier temps prometteuse puisque le canton de Berne normalise, par un décret, cette mesure dans ses prisons. Toutefois, elle n'aura jusqu'ici pas d'autres résultats et la mobilisation de nouveaux acteurs continue à se réaliser à travers la constitution de nouvelles expérimentations.

Observation finale

L'introduction de l'innovation que constitue la mise à disposition de seringues stériles dans les prisons suisses apparaît rapidement comme un problème en termes de mobilisation sociale puisque, dès le début, c'est l'idée qui soutient cette innovation qui est rejetée par ceux qui devraient en assurer l'application. C'est par le recours à un élément du processus technique, la création d'une expérimentation, que l'OFSP parvient à créer une opportunité de micro-mobilisation sociale autour du projet dans le prison de Hindelbank. Ainsi, il sera possible de réaliser et d'introduire l'innovation dans un contexte social qui lui est hostile. Comme pour la prescription d'héroïne, ce sont les capacités de négociations et d'ajustements qui semblent être les facteurs clés ayant permis la mise en place de ce projet-pilote. Toutefois, cette expérience sera insuffisante pour pouvoir mobiliser les autres acteurs qui restent sceptiques au sujet de l'innovation. Deux tentatives de changer cette situation, soit d'élargir le réseau des innovateurs, voient alors le jour. La première repose sur une multiplication des expérimentations, sous la forme d'un soutien à l'ensemble des acteurs qui sont intéressés par l'innovation et qui souhaitent se l'approprier. La seconde repose sur une tentative de normalisation de l'innovation, soit son inscription dans des réglementations ou recommandations fédérales. Or, il semble que, tant que l'innovation n'aura pas été adoptée par un nombre important de cantons et d'institutions carcérales, cette normalisation ne peut produire ses effets. Il faut aussi ajouter que les efforts de l'OFSP en faveur de celle-ci se sont réduits de manière importante dès la fin des années 90 et que la réussite de cette méthode de diffusion de l'innovation peut aussi être liée à ce retrait.

4.3 PREVENTION SECONDAIRE DE LA CONSOMMATION/DE L'ABUS DE SUBSTANCES

4.3.1 Un peu d'histoire

En Suisse, l'histoire récente de la prévention des dépendances donne lieu à différentes interprétations. Il n'est pas possible d'en faire l'inventaire ici mais seulement de tracer quelques grandes lignes concernant les différentes formes d'interventions existantes.

Au début des années 80, soit à l'époque des mouvements de contestation au sein de la jeunesse des grandes villes de Suisse (Zurich, Berne, Lausanne, etc.), la prévention de l'abus de drogues illégales et des problèmes qui lui sont liés est avant tout le fait d'intervenants des secteurs sociaux et éducatifs actifs, par exemple, à proximité des centres autogérés. Les interventions qui sont menées visent alors principalement à rejoindre les jeunes gens qui sont en rupture avec leur environnement social et familial et à tenter de les soutenir pour qu'ils n'entrent pas dans une carrière de toxicodépendance et de délinquance. Ce sont donc des interventions d'une nature proche de celles de la prévention secondaire, sous la forme de travail social de rue et de conseils aux individus, qui occupent une partie du terrain de la prévention à cette époque.

En 1983, la sous-commission drogue de la Commission fédérale des stupéfiants publie un rapport sur la situation en matière de drogue en Suisse. Dans le domaine de la prévention, elle suggère de « (...) *donner une importance particulière au dépistage précoce des jeunes en danger* »²⁶. Le terme de "prévention secondaire" n'apparaît certes pas mais l'idée générale qu'il recouvre est donc déjà présente.

Dès le milieu des années 80, le constat qu'il est insuffisant d'atteindre les jeunes seulement lorsqu'ils sont déjà en situation de risque (consommation, marginalité) et qu'il faut trouver des méthodes pour les empêcher de se trouver dans une telle situation va conduire à un renouveau de la prévention primaire. Celui-ci, qui est sans doute aussi né de la croissance du secteur et de l'impact de la discipline de la santé publique, va notamment apparaître dans les milieux scolaires sous la forme d'interventions s'adressant à l'ensemble des écoliers. En Suisse alémanique particulièrement, un nouveau *trend* va apparaître avec la création de centres chargés du développement de mesures de prévention primaire, puis, ensuite de promotion de la santé, qui sont détachés des centres de conseils et de prise en charge s'adressant aux individus.

Ce sont alors les mesures s'adressant à l'ensemble des jeunes, qui visent à renforcer leur capacité à ne pas consommer des substances, qui obtiennent la priorité. Quelques interventions proches de la prévention secondaire, notamment dans les écoles professionnelles et dans les entreprises, et qui visent à détecter et à conseiller les jeunes en difficulté (consommation, rupture sociale), existent cependant mais elles sont relativement marginales en comparaison avec les activités de prévention primaire.

Pour résumer, on peut relever l'existence de trois formes d'interventions dans la prévention des dépendances à la fin des années 80. La première est principalement le fait d'institutions sociales et éducatives et de certains services médicaux, et elle s'adresse aux individus qui présentent différents problèmes (rupture familiale, criminalité, consommation de substances, difficultés scolaires). Ici, l'objectif est d'offrir à ces personnes une prise en charge permettant d'améliorer leur situation. Le second type d'interventions - majoritaire - est réalisé par des institutions sociales, de santé publique ou par la police, et s'adresse à l'ensemble des jeunes en âge de débiter une consommation de substances. L'objectif poursuivi est ici de leur donner

les moyens ou de les inciter à renoncer à la consommation de drogues. Finalement, quelques interventions ciblent spécifiquement la détection de l'abus de substances et d'autres problèmes dans certains milieux (écoles, entreprises). Cette fois, il s'agit d'identifier les jeunes qui sont confrontés à des difficultés et de les orienter vers une prise en charge leur permettant de résoudre leurs problèmes.

4.3.2 Faire émerger une nouvelle idée

C'est le développement du paquet de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro), au début des années 90, qui va conduire les collaborateurs de l'OFSP à s'interroger sur les moyens permettant d'améliorer l'efficacité des interventions dans le domaine de la prévention des dépendances. Pour mémoire, il faut rappeler qu'à cette époque les problèmes liés à la drogue sont importants (décès, infections par le VIH, scènes ouvertes, etc.) et qu'ils ne semblent pas vouloir se réduire, que le Conseil fédéral n'a pas souhaité modifier les dispositions légales comme le lui recommandait en 1989 la sous-commission "Drogue" de la Commission fédérale des stupéfiants²⁷, et que c'est la prévention primaire qui constitue l'élément central du dispositif de prévention.

En s'interrogeant sur les moyens de réduire les entrées en toxicomanie, les collaborateurs de l'OFSP font un triple constat : d'abord, ils observent que la prévention primaire touche majoritairement une population qui n'est pas en danger de développer une dépendance aux drogues illégales et que l'intensité de ses interventions est généralement insuffisante pour la minorité qui est véritablement confrontée à un tel danger. En conséquence, cette forme de prévention ne permet guère de répondre à l'augmentation en cours des problèmes de dépendance. Ensuite, ils notent que certains pays ont développé avec succès des interventions préventives ciblant les individus qui présentent des risques particuliers pour développer une telle dépendance. Finalement, ils relèvent que le concept de prévention secondaire est, hormis dans le milieu médical, presque absent dans la pratique des professionnels de la prévention en Suisse.

Ces constats conduisent les collaborateurs de l'OFSP à s'interroger sur les moyens de compléter l'offre de prévention primaire en Suisse par de nouvelles interventions permettant d'agir auprès des enfants et des jeunes qui, par leurs parcours de vie ou leur situation sociale actuelle, sont plus susceptibles de développer des problèmes de dépendance que leurs contemporains.

Les collaborateurs de l'OFSP vont alors s'intéresser aux connaissances et expériences menées dans le domaine de la prévention secondaire au niveau national et international. Ils vont notamment réaliser une série d'interviews avec des experts et des praticiens suisses, commander des expertises concernant les pratiques dans ce domaine aux États-Unis, en Hollande et en Angleterre, mandater une revue de la littérature scientifique sur ce thème, mener des visites à l'étranger et organiser des séminaires professionnels en Suisse.

L'ensemble de ces informations, collectées ou mandatées, sera ensuite traité au sein de l'OFSP et va conduire à la rédaction d'un concept de prévention secondaire qui sera soumis au Conseil fédéral pour une demande de fonds en avril 1992 et qui sera publié en 1993⁵⁹. En résumé, ce concept relève la nécessité de compléter l'offre de prévention qualifiée de "non-spécifique" (prévention primaire) avec une offre s'adressant à certains groupes (migrants, jeunes placés en foyers) et à certaines catégories d'individus (enfants de toxicomanes, jeunes en difficultés) qui sont plus susceptibles d'être confrontés à la marginalisation et à la dépendance. Cette offre suppose une intensité de l'intervention plus élevée et des actions plus indi-

vidualisées que celles qui existent généralement jusqu'ici mais aussi un contenu idéal quelque peu différent (p.ex. support à la modération plutôt qu'à l'abstinence).

4.3.3 Développer la nouvelle idée

L'OFSP va successivement développer deux scénarios pour l'implantation de la prévention secondaire en Suisse. Le premier est étroitement lié à la formulation de l'idée originale en 1992-3 et le second naît au milieu des années 90. Ces deux scénarios sont complémentaires mais ils se distinguent nettement quant à leur contenu. C'est pourquoi ils seront traités séparément ci-dessous.

Premier scénario

Le développement d'un premier scénario pour l'introduction de la détection et prise en charge précoce en Suisse est formulé dans le concept de 1993⁵⁹. Les collaborateurs de l'OFSP conçoivent tout d'abord une approche systémique visant à renforcer et à mobiliser le réseau communautaire dans l'entourage des jeunes pour ainsi pouvoir dépister et aider les individus qui sont confrontés au risque développer une dépendance. Cette activation du réseau communautaire doit se réaliser au travers de deux types d'activités : d'une part, par la mobilisation et le renforcement des compétences des adultes qui sont présents sur les lieux de vie des jeunes (enseignants, éducateurs, entraîneurs, animateurs, parents, etc.) et, d'autre part, par la mise en réseau et la coordination des institutions locales concernées par la prise en charge des jeunes en difficulté (services sociaux, d'aide à la jeunesse, de prévention, médicaux, etc.).

Ce scénario ne nécessite pas la création de nouvelles structures mais souhaite prendre appui sur le tissu social et organisationnel existant. Le rôle et les tâches des différents acteurs concernés par ce projet (cantons, municipalités, professions, institutions, etc.) n'est cependant guère spécifié. Seul l'OFSP s'attribue un rôle et une tâche déterminés, ceux de favoriser l'implantation de ce concept au travers "d'impulsions" permettant d'expérimenter et de multiplier les projets s'intégrant dans ce scénario. Pour guider son action, il identifie aussi des "secteurs prioritaires" d'intervention (travail de rue, écoles, foyers pour adolescents, tribunaux des mineurs, population étrangère), ainsi que le type ou le nom des projets qu'ils comptent soutenir.

Second scénario

Au début de la seconde moitié des années 90, l'OFSP va concevoir un second scénario pour l'implantation de la détection et prise en charge précoce des jeunes en situation de risque de développer une dépendance. Il s'agit cette fois de réaliser une recherche sur les effets d'une prise en charge socio-éducative chez des jeunes confrontés à des problèmes (familiaux, scolaires, de criminalité, de consommation de substances) afin de vérifier si celle-ci permet véritablement d'améliorer leur situation.

Cette recherche a un double objectif : d'une part, soutenir et documenter le travail de prise en charge des jeunes en difficultés et observer les effets que celui-ci engendre et, d'autre part, valoriser ce type d'interventions à l'aide de résultats scientifiques.

Le premier projet élaboré par les collaborateurs de l'OFSP est de reproduire une structure d'intervention, celle de l'Appart' à Lausanne (appui scolaire et soutien aux individus et aux familles pour des jeunes de 11 à 17 ans), sur différents sites et de comparer l'évolution des jeunes qui fréquentent ces structures avec certains de leurs pairs qui ne les fréquentent pas.

La présentation du projet va donner lieu à certaines critiques, notamment en raison des liens spécifiques qu'entretient l'Appart' avec son environnement lausannois et qui ne pourraient

être reproduits tels quels dans d'autres villes, et il sera progressivement abandonné et remplacé par un autre scénario^{60,61}. Cette fois il s'agit de recourir aux structures socio-éducatives existantes en Suisse et de soutenir des projets de prise en charge individualisés d'une durée de six mois. Sinon, le projet de recherche reste identique si ce n'est qu'il doit aussi s'intéresser aux réseaux de prise en charge locaux et à la place qu'y occupent les projets et les institutions subventionnées.

4.3.4 Réaliser l'innovation

Réalisation du premier scénario

La mise en oeuvre du premier scénario est déjà en cours lorsqu'il est formulé. En effet, depuis le début des années 90 l'OFSP soutient divers projets locaux qui concernent, d'une manière ou d'une autre, la formation des adultes ou la coordination des services locaux⁵⁹.

Deux dynamiques peuvent être observées au sujet de l'implantation du scénario ou, plus précisément, des impulsions réalisées par l'OFSP. D'une part, des institutions s'adressent à lui pour développer des interventions, parfois déjà en cours, sur l'un ou l'autre lieu de vie des jeunes. L'OFSP soutient ces interventions en posant certaines conditions (mise en réseau, formation des adultes) pour que celles-ci rejoignent des éléments de l'approche systémique qui guide son action. Ici, ce sont souvent des projets locaux de nature expérimentale qui sont soutenus. D'autres part, il s'adresse à certaines institutions pour les inciter à développer des interventions permettant de rejoindre et de former les adultes qui sont présents sur les lieux de vie des jeunes et à collaborer avec les services locaux. Dans ce cas, il essaie généralement de mobiliser des partenaires qui ont une envergure nationale et qui disposent de relais au niveau local. En tout, l'OFSP parvient ainsi à mobiliser de nombreux acteurs sociaux dans le cadre du scénario d'impulsions qu'il a conçu⁶².

Un document publié en 1994, et qui porte sur les activités de l'OFSP dans le domaine de la prévention des dépendances pour la période 1992-1995⁶³, fait apparaître différents autres éléments concernant la mise en oeuvre de l'innovation. On trouve en effet trois groupes d'activités développées et/ou soutenues par l'OFSP à cette époque : un premier groupe comprend des projets (prévention dans les foyers, médiateurs scolaires, prévention dans les écoles professionnelles, etc.) qui ciblent spécifiquement la formation des adultes pour le dépistage précoce des jeunes en difficulté. Un second groupe comprend des projets de coordination des activités de détection et prise en charge précoce au niveau des villes/régions de Berne, Genève et Lausanne. Ces projets visent à structurer et à renforcer l'interaction entre les différents acteurs locaux. Finalement, un troisième groupe comprend l'ensemble des projets de prévention primaire et de promotion de la santé (dans les écoles, les communes, le sport, etc.) qui se déroulent le plus souvent aussi sur des lieux de vie des jeunes et qui reposent également sur la formation des adultes et sur la mise en réseau.

L'innovation, qu'il s'agisse du développement des interventions de prévention secondaire ou de la coordination de celles-ci au niveau local, occupe donc une place importante dans le travail de l'OFSP. Toutefois, cette innovation est déjà participante d'un ensemble plus large dans lequel apparaissent aussi de nombreux projets de prévention primaire et de promotion de la santé. Les publications suivantes (1995, 1997)^{64,65}, portant sur les activités en matière de prévention de l'OFSP, font aussi apparaître la progressive dilution de l'idée originale (détection et prise en charge précoce des jeunes en situation de risque). Ce qui se produit c'est que le scénario d'implantation imaginé pour la prévention secondaire est aussi appliqué à la prévention primaire et à la promotion de la santé. L'OFSP continue ainsi de donner des impul-

sions ciblant la formation des adultes et la coordination ou les connexions entre acteurs locaux mais ces activités s'appliquent désormais à toutes les formes de prévention. C'est la volonté d'agir sur les lieux de vie des jeunes ("*settings*") qui est peu à peu au centre des efforts de l'OFSP et la prévention secondaire ne constitue plus que l'un des sous-objectifs de cette stratégie. Par ailleurs, dès 1997, les activités de prévention de l'OFSP sont regroupées autour du concept "prévention pour les jeunes" et comprennent de plus en plus d'interventions qui ne ciblent pas spécifiquement la dépendance aux drogues illégales.

Réalisation du second scénario

Le scénario d'implantation de l'innovation au moyen d'une recherche sur les effets de la prévention secondaire (supra-f) est sans doute né de cette dilution progressive de l'idée originale. La réussite du projet d'expérimentation de la prescription médicale d'héroïne, à la même époque, a sans doute aussi inspiré ce scénario.

La réalisation du projet supra-f se structure d'abord autour de deux appels d'offres. Dans le premier cas, les cantons et certaines communes sont contactés afin que des structures socio-éducatives locales formulent des projets d'intervention répondant à différents critères établis par l'OFSP (classe d'âge ciblée (7-20 ans), type d'interventions (socio-pédagogiques), présence de personnel qualifié (éducateurs, psychologues, etc.)). Dans le second cas, ce sont les principaux centres de recherche en santé publique et sciences sociales qui sont contactés pour soumettre un *design* pour une étude permettant de vérifier si les jeunes en situation de risque peuvent être rejoints par les institutions soutenues, quels sont les effets (bien-être, état de santé, situation scolaire ou professionnelle, consommation de substances, etc.) des interventions socio-éducatives de six mois qui sont dispensées dans le cadre des projets et quel est le processus de mise en réseau qui se réalise autour de ces projets au niveau national, cantonal et local.

Les résultats de ces appels d'offres sont les suivants : une quinzaine de structures socio-éducatives, soutenues par leurs cantons, déposent un projet de participation à supra-f et, après quelques modifications demandées par l'OFSP, la grande majorité d'entre-elles seront sélectionnées et obtiendront un soutien financier pour leur intervention. Une institution d'envergure nationale est aussi mandatée spécifiquement pour la coordination de ces projets. Par ailleurs, plusieurs équipes de recherche soumettent un *design* de recherche scientifique pour l'évaluation des effets de l'intervention. L'OFSP les invite alors à se regrouper, à concevoir un design de recherche en commun et à mener une étude de faisabilité.

Cette phase d'intéressement a permis à l'OFSP de mobiliser de nombreux partenaires pour la mise en œuvre de ce second scénario. Toutefois, cette mobilisation est particulière puisqu'elle s'est réalisée en créant deux univers^{60,61} : d'un côté, un ensemble de projets socio-éducatifs passablement différenciés et qui visent à développer ce type d'offres dans différentes régions de Suisse. Ces projets sont coordonnés par une institution particulière et par le responsable de la prévention à l'OFSP. De l'autre côté, un consortium de chercheurs, provenant de la santé publique et des sciences sociales, dont l'objectif est de réaliser une étude comparant l'évolution (santé mentale, consommation de drogue, bien être, etc.) de jeunes ayant bénéficié d'une intervention déterminée durant six mois à celle de certains de leurs pairs qui n'y ont pas eu accès. Leur travail est mandaté et supervisé par la responsable de la recherche à l'OFSP. Les ajustements entre ces deux univers, nécessaires notamment pour assurer la qualité de la recherche scientifique et la bonne collaboration entre les parties, sont dans la phase de préparation du projet peu nombreux.

L'étude de faisabilité va confirmer que les instruments et méthodes qui ont été développés pour la recherche supra-f peuvent être utilisés mais aussi indiquer que l'intervention adressée aux jeunes est peu claire du fait des inconnues entourant la nature et l'intensité des prestations qu'ils reçoivent⁶⁶. Ce constat renvoie bien évidemment à un problème de fond qui concerne ce projet, soit l'existence, d'une part, d'interventions et de publics-cible passablement diversifiés et, de l'autre, d'instruments de recherche standardisés.

La mise en œuvre de supra-f apparaît alors comme une entreprise visant à réunir, ou plus simplement à ajuster, ces deux éléments afin de réaliser l'expérimentation telle qu'elle a été conçue par l'OFSP. La formulation d'un plan d'action, soit un catalogue de prestations pouvant être fournies par les projets aux jeunes, et différentes incitations pour que les institutions réalisent le nombre et la forme exacte (six mois) de prises en charge nécessaires à la recherche permettront de relier un peu mieux les deux univers. Des réunions en cours de recherche visent aussi à mieux préciser les attentes et les objectifs des parties. Toutefois, différents problèmes, sans doute liés à l'absence d'ajustements préalables et aux connexions insuffisantes, apparaissent et conduisent au fil du temps au retrait ou au remerciement de chercheurs, de coordonnateurs et de projets.

Il reste que l'expérimentation donne lieu au développement de projets locaux d'aide socio-éducative. En ce sens, elle permet de soutenir le développement d'interventions ciblant les jeunes en difficulté à travers la Suisse. En outre, les chercheurs participent, par leurs travaux, au développement de la connaissance dans ce domaine et dans celui des instruments de mesure scientifiques. L'élaboration de profils ou niveaux de risque constitue un tel résultat.

4.3.5 Diffuser l'innovation

Premier scénario

Les principaux projets de prévention développés et/ou financés par l'OFSP depuis le début des années 90 se sont poursuivis durant la mise en œuvre de supra-f. Certains ont été remaniés et de nouveaux partenaires ont été mobilisés pour les mettre en œuvre. En outre, ces projets répondant à la devise "conçu à l'échelle nationale - appliqué à l'échelle régionale" ont permis de mobiliser des autorités et des institutions locales à travers la Suisse. En 2000, la prévention secondaire a toutefois perdu de son poids puisque l'essentiel des projets (écoles, camps de jeunesse, centres de loisirs, communes, sport) concerne avant tout la prévention primaire et la promotion de la santé. Seul le projet dans les foyers pour adolescents, et bien sûr supra-f, sont encore spécifiques à la prévention secondaire. Toutefois, plusieurs projets, comme ceux dans les communes et les centres de loisirs, sont en voie de réorientation vers des interventions ciblant cet objectif.¹³

Second scénario

Dès la naissance de supra-f, l'OFSP s'est engagé dans une politique de communication pour faire connaître le projet dans les milieux spécialisés. Ainsi, c'est le directeur de l'institution qui annonce la naissance de supra-f lors du salon national de la prévention. Des informations sont ensuite publiées sur le site de l'OFSP ainsi que dans le journal *spectra* qui lui appartient. Une brochure d'information est aussi éditée. En septembre 2000, apparaît encore une *newsletter* régulière spécifiquement dédiée au projet. Finalement, en mars 2003 est publiée une brochure intitulée "Avant qu'il ne soit trop tard..." qui rend compte de certains résultats de l'étude. Ceux-ci indiquent que seuls les jeunes "à haut risque" (problèmes de santé psychique, tendances suicidaires, consommation de substances) se portent généralement mieux à la fin de

l'intervention (indicateur agrégé et indicateurs de consommation de substances) qu'avant celle-ci.

La stratégie d'intéressement de l'OFSP est donc ici très large. Il s'agit d'attirer l'attention des acteurs concernés (cantons, villes, institutions, professionnels) afin qu'ils se mobilisent eux aussi en faveur de l'introduction de la prévention secondaire. Toutefois, il ne semble pas exister de fonds de soutien ou de centre de conseil financé par l'OFSP qui pourrait les encourager à mettre en œuvre un tel projet.

Actuellement, l'OFSP a entamé une série de réflexions portant sur les suites à donner au projet supra-f et, plus généralement, sur l'institutionnalisation de la prévention secondaire. Un nouveau scénario a encore été développé : il s'agit cette fois de réaliser des expertises collectives de la littérature scientifique internationale afin de cerner, pour différentes problématiques auxquelles les jeunes en difficultés peuvent être confrontés, quelles sont les évidences existantes. L'élaboration de conclusions concernant l'utilité ou l'efficacité de certaines interventions pourrait ainsi servir de nouvel instrument de valorisation de la prévention secondaire.

Enfin, le développement du dépistage et de l'intervention précoce auprès des jeunes en situation de risque figure dans la révision de la LStup préparée par l'OFSP et actuellement examinée par le Parlement. Ces mesures, regroupées sous la rubrique "protection de la jeunesse", comprennent le signalement précoce des jeunes, qui ont une consommation problématique de drogue, auprès des institutions de traitement et de prise en charge. Ce signalement devrait être opéré par diverses catégories de professionnels qui sont en contact avec les jeunes (enseignants, travailleurs sociaux, soignants, policiers) et qui sont les premiers à pouvoir identifier une situation problématique. Les cantons, responsables des activités de prévention, devraient alors développer des dispositifs permettant la mise en œuvre des signalements et des prises en charge précoces des jeunes en difficulté.

4.3.6 Brève analyse de la gestion du processus d'innovation

Gestion du processus technique

L'OFSP a, dans le cadre de l'élaboration du ProMeDro, identifié un problème social qui concerne le domaine de la prévention : la faiblesse des moyens permettant d'agir auprès des jeunes qui, par leurs parcours de vie ou leur consommation actuelle, sont en situation à risque de développer une dépendance. Partant de cette problématique générale, les collaborateurs de l'OFSP ont recouru aux connaissances et à l'expertise existantes pour essayer de lui trouver une solution. Celle-ci a ensuite été définie comme le développement et la mise en œuvre de la détection et prise en charge précoces des jeunes en situation de risque.

Pour concrétiser cette idée, l'OFSP a successivement développé deux scénarios de mise en œuvre. Le premier a pour objectif d'engendrer une mobilisation communautaire à travers la formation des adultes et la coordination locale. L'OFSP se donne pour tâche de fournir des impulsions qui permettent d'expérimenter et de diffuser ce type d'activités. Les aspects pratiques du scénario sont peu développés et se limitent essentiellement à la définition de secteurs d'intervention et de types de projets pouvant être la cible des impulsions de l'OFSP. Le second scénario a pour objectif de documenter et de valoriser les interventions socio-éducatives auprès des jeunes en difficultés à travers le financement de projets et la réalisation d'une recherche portant sur les effets des interventions. La définition des rôles et des tâches est assez clairement définie puisque l'OFSP est en charge de la coordination de l'ensemble du projet et que des institutions socio-éducatives, soutenues par leurs cantons, et des chercheurs sont responsables de sa mise en œuvre.

La mise en œuvre des deux scénarios conduit à une multiplication des activités liées à la détection et à la prise en charge précoces des jeunes en situation de risque. L'OFSP a ainsi mis en œuvre de nombreux projets en collaboration avec différentes catégories d'acteurs (institutions, chercheurs) concernés par le domaine de la prévention. Dans le cas du premier scénario, un grand nombre d'activités ont été soutenues et ont conduit notamment au développement d'interventions de prévention secondaire sur des lieux de vie des jeunes et à la coordination d'institutions locales. Toutefois, l'objectif original (développer la détection et prise en charge précoce) s'est peu à peu dilué dans le cadre d'une démarche plus large visant à implanter la prévention primaire et secondaire, ainsi que la promotion de la santé, dans des "settings". Dans le cas du second scénario, une recherche portant sur les effets d'interventions socio-éducatives chez des jeunes en difficulté (scolaire, familiale) a pu être menée. Celle-ci a permis de développer un ensemble de projets dans différentes régions de Suisse et de développer des instruments de recherche dans le domaine de l'évaluation de la prévention. Toutefois, la mise en œuvre de ce scénario s'est faite sans que les ajustements nécessaires, entre science et pratique, aient été réalisés ce qui a conduit à différents problèmes et conflits.

Certaines activités conçues dans le cadre du premier scénario contiennent à la base des principes de diffusion. Ainsi, elles ont été planifiées afin de pouvoir intéresser de nouveaux acteurs et répondre à leurs demandes. D'autres activités, développées dans le cadre de ce scénario, ont en revanche connu un terme. Quant à la recherche sur les effets de la prévention secondaire, elle a fait l'objet d'une stratégie de communication très active et les résultats sont aujourd'hui mis à la disposition du public intéressé afin que celui-ci puisse adopter ou valoriser le type d'interventions étudiées. Deux nouveaux scénarios d'implantation de la détection et prise en charge précoce viennent aujourd'hui compléter ces efforts. D'une part, l'OFSP a identifié une série de thèmes pour lesquels il souhaite implanter des interventions *evidence-based*. D'autre part, il a institutionnalisé le dépistage et l'intervention précoce auprès de jeunes en situation de risque dans la révision de la LStup. Si celle-ci est adoptée en l'état par le Parlement, les cantons auront la tâche de développer ce type d'activités dans le futur.

Gestion du processus social

La formulation de l'idée originale s'est faite au sein de l'OFSP et n'a pas donné lieu à la formation d'un cercle d'innovateurs se trouvant en convergence autour de l'analyse du problème et de la définition d'une solution. Certes, des experts ont été contactés pour partager leur savoir mais leur participation s'est essentiellement limitée à cela. En revanche, le Conseil fédéral a pu être mobilisé pour soutenir la nouvelle idée et financer sa réalisation.

La définition des scénarios suit la même logique. L'OFSP a développé soi-même les principaux éléments généraux et pratiques permettant l'expérimentation de l'innovation. En conséquence, il n'y a pas eu non plus à cette étape la création d'un ensemble d'acteurs et de fonctions associés à l'innovation. Le type de processus de planification employé ici est proche des méthodes de la planification stratégique, c'est à dire que l'OFSP a fait une analyse du contexte et qu'il a lui-même conçu des scénarios d'implantation basés sur celle-ci.

La réalisation de l'innovation n'a que partiellement conduit à la création d'un réseau d'acteurs mis en relation et en convergence autour de l'introduction de la détection et prise en charge précoce des jeunes en situation de risque. Pour le premier scénario, la multiplication de projets différenciés soutenus par l'OFSP a certes conduit à la création de réseaux mais ceux-ci ont toujours été propres à chacun des projets. En outre, l'inclusion de projets liés à l'innovation dans une stratégie plus générale a conduit à faire disparaître la nécessité même d'un réseau d'innovateurs. Dans le cas du projet supra-f, le réseau de l'innovation ne s'est que partiellement développé du fait du découpage organisationnel et du manque de connexions et d'ajustements entre

les différentes parties impliquées. Là encore, les réseaux se sont constitués plutôt autour de certains projets que de l'innovation dans son ensemble.

Finalement, la faiblesse du réseau d'acteurs lié à l'innovation n'est aujourd'hui guère favorable à des efforts d'extension et de stabilisation. Le fait que l'OFSP développe un nouveau scénario pour l'implantation de la prévention secondaire, reposant sur de nouvelles idées et de nouveaux acteurs, est sans doute la conséquence de la faiblesse de la mobilisation sociale conjointe obtenue jusqu'ici.

Observation finale

Le processus d'innovation "prévention secondaire" fait bien apparaître l'écart qu'il peut exister entre la dimension technique de ce processus et celle de la mobilisation sociale. Ainsi, l'OFSP peut se targuer d'avoir perçu et investigué une problématique sociale de manière précoce et d'avoir élaboré une solution basée sur l'état de la connaissance et de l'expertise. Il peut aussi avancer qu'il a développé plusieurs stratégies pour l'application de cette solution, que celles-ci ont pu être expérimentées et qu'elles ont donné lieu à une multiplication des interventions et des connaissances.

A l'inverse, il faut bien reconnaître que les acteurs qui ont collaboré avec l'OFSP pour la définition et l'introduction de cette innovation sont peu liés et que l'effet multiplicateur souhaité n'a pas suffisamment eu lieu. Ainsi, la convergence souhaitée des autorités, des institutions, des professionnels, des chercheurs et des adultes proches des jeunes, autour de la volonté de réduire les entrées dans la consommation de drogue par une détection et prise en charge précoce des jeunes à risque, ne s'est que très partiellement réalisée.

Partant du cadre d'analyse développé plus haut, il semble que deux éléments auraient pu améliorer cette situation. Le premier est évidemment celui de la mobilisation des acteurs à chacune des étapes du processus. Les opportunités pour créer une coalition d'acteurs ont été nombreuses, particulièrement dans le cas du projet supra-f, mais guère exploitées. En fait, il aurait fallu réunir les acteurs concernés dès l'élaboration du projet et s'investir d'emblée dans la création d'ajustements et de représentations communes au sein d'une telle coalition. Ce n'est que lorsqu'un regroupement d'acteurs vient à partager un même ensemble d'intérêts et d'idées que l'innovation peut se concrétiser. La transparence et la multiplication des connexions sont aussi nécessaires.

Le second élément concerne la fragmentation du processus d'innovation. Celui-ci semble se dérouler par vagues successives, reposant chaque fois sur un nouveau scénario, sans que l'ensemble fasse l'objet d'un scénario plus large. Difficile en effet de comprendre ce qui relie un projet de formation pour les éducateurs travaillant dans un foyer, un projet de coordination de l'offre préventive au niveau local, l'évaluation des effets d'interventions socio-éducatives d'une durée de six mois et, à l'avenir, le financement d'interventions *evidence-based* durant la période de grossesse et d'allaitement chez les familles à risque. Or, pour que ces différentes interventions, et les acteurs qui les réalisent puissent se trouver en convergence autour de l'innovation et soutenir celle-ci, il faut qu'ils puissent s'associer à un concept plus général qui regroupe ces différentes activités. Le développement d'une véritable politique de prévention secondaire des dépendances de l'OFSP, par exemple sur le thème "avant qu'il ne soit trop tard...", pourrait constituer un tel point de ralliement permettant de regrouper ce qui, jusqu'ici, apparaît parfois comme un ensemble d'activités hétérogènes.

5 ANALYSE TRANSVERSALE

Les trois processus d'innovation présentés ci-dessus concernent des objets et des contextes différents. C'est pour cela qu'il n'y a guère de sens à vouloir réaliser une appréciation comparée de leurs résultats. En outre, il est possible que d'autres processus d'innovation menés dans le cadre du ProMeDro puissent faire apparaître d'autres différences encore.

Les trois processus étudiés, et particulièrement parce qu'ils concernent des objets et des contextes différenciés, permettent cependant de faire apparaître un ensemble de pratiques générales de gestion de l'innovation par l'OFSP qui ne devraient pas se limiter aux seuls exemples couverts par cette étude. Ce sont ces pratiques, et certaines de leurs variations, qu'il convient désormais d'identifier afin de mettre à jour des éléments favorables et défavorables de cette gestion de l'innovation. Cette dernière appréciation peut reposer sur deux critères : le premier est celui de la théorie, telle qu'exposée dans le chapitre 3, et qui indique les pratiques nécessaires à chacune des étapes d'un processus d'innovation. Le second est le déroulement des trois processus d'innovation tels que décrits et, particulièrement, les résultats en termes de réalisations et de mobilisations sociales qu'ils ont permis d'obtenir.

Quatre questions ont été développées dans le chapitre théorique pour servir de cadre d'analyse à cette fin :

1. L'OFSP a-t-il favorisé l'émergence de nouvelles idées en identifiant ou en définissant de nouveaux problèmes sociaux et en recourant à l'expertise et à la connaissance existantes pour l'élaboration de nouvelles solutions ? A-t-il, dans ce cadre, réussi à mobiliser un premier ensemble d'acteurs soutenant l'innovation ?
2. L'OFSP a-t-il favorisé l'adaptation des nouvelles idées à leurs contextes d'implantation en favorisant le développement de scénarios définissant les acteurs, rôle, tâches et activités nécessaires à la mise en œuvre de l'innovation ? A-t-il, dans ce cadre, réussi à étendre l'ensemble des acteurs qui soutiennent les nouvelles idées et qui participent aux processus d'innovation ?
3. L'OFSP a-t-il soutenu et coordonné les activités nécessaires à une véritable expérimentation de l'innovation ? A-t-il, dans ce cadre, réussi à créer des réseaux de l'innovation mobilisant le porte-parole des différentes catégories d'acteurs nécessaires à leur réalisation et a-t-il favorisé leur engagement commun en multipliant les connexions et les flux d'informations entre eux ?
4. L'OFSP a-t-il valorisé les résultats des expérimentations, soutenu les acteurs souhaitant implanter les innovations et œuvré à la normalisation de celles-ci ? A-t-il, dans ce cadre, réussi à mobiliser de nouveaux acteurs et de nouvelles catégories d'acteurs permettant un élargissement des réseaux de l'innovation ?

Ces questions permettent de réaliser une analyse transversale des différents exemples en s'appuyant à nouveau sur les quatre phases principales des processus d'innovation, qui correspondent à autant de problématiques liées à la gestion de ceux-ci.

5.1 FAIRE EMERGER DE NOUVELLES IDEES

L'OFSP a-t-il favorisé l'émergence de nouvelles idées en identifiant ou en définissant de nouveaux problèmes sociaux et en recourant à l'expertise et à la connaissance existantes pour l'élaboration de nouvelles solutions ? A-t-il, dans ce cadre, réussi à mobiliser un premier ensemble d'acteurs soutenant l'innovation ?

Les trois exemples étudiés font clairement apparaître que l'OFSP a activement travaillé à l'identification, à la définition ou à la re-formulation des problèmes liés à la consommation de drogue. Cette pratique constitue un élément essentiel de la gestion des processus d'innovation puisqu'elle permet de formuler de nouveaux questionnements et d'investiguer de nouvelles alternatives pour la prise en charge de cette problématique sociale. Le passage de réflexions portant sur le thème de l'ordre public à celui de la santé publique, dans le cadre de la politique drogue suisse, doit sans doute beaucoup à cette capacité à reconnaître de nouvelles dimensions d'une problématique sociale et à formuler des questionnements à leur propos.

Le recours à la connaissance et à l'expertise existantes, pour préciser la nature des problèmes et engager une recherche de solutions, constitue une autre pratique courante de l'OFSP favorable au déroulement des processus d'innovation. Celle-ci permet de libérer les idées de certaines polémiques qui leurs sont rattachées mais aussi de mobiliser d'entrée la légitimité de la science et de l'expérience. Ainsi, l'OFSP a introduit une approche *evidence-based* ou *evidence-driven* qui participe sans doute au succès des innovations.

La mobilisation sociale autour de la définition d'un nouveau problème et de sa solution fait, en revanche, apparaître des pratiques contrastées. Ainsi, certaines fois l'OFSP réalise une sorte d'inventaire des acteurs mobilisables et tente de les associer à son travail de définition d'un problème et de sa solution. Dans d'autres cas, comme celui de la prévention secondaire, le processus prend appui sur les savoirs existants mais donne lieu à une mobilisation essentiellement limitée aux collaborateurs de l'OFSP. L'avantage de la première approche est de constituer d'emblée un lien entre une nouvelle idée et son contexte d'implantation et, ainsi, de favoriser le déroulement des étapes suivantes du processus d'innovation.

En conséquence, le travail de gestion des processus d'innovation de l'OFSP est exemplaire sur deux points : la capacité à reconnaître et à définir de nouvelles problématiques sociales, d'une part, et la volonté de baser toute forme de solution sur les savoirs existants, d'autre part. En revanche, la capacité à créer un groupe d'innovateurs dans le cadre de ces démarches ne semble pas toujours être une priorité de l'OFSP.

5.2 DEVELOPPER LES NOUVELLES IDEES

L'OFSP a-t-il favorisé l'adaptation des nouvelles idées à leurs contextes d'implantation en favorisant le développement de scénarios définissant les acteurs, rôle, tâches et activités nécessaires à la mise en œuvre de l'innovation ? A-t-il, dans ce cadre, réussi à étendre l'ensemble des acteurs qui soutiennent les nouvelles idées et qui participent aux processus d'innovation ?

La transformation de nouvelles idées en scénarios d'implantation se réalise sous deux formes dans le cadre des processus d'innovation étudiés. La première est celle d'un long processus d'ajustement dans lequel interviennent les différentes catégories d'acteurs concernés par l'innovation (décideurs, chercheurs, praticiens, etc.). Dans ce cas, l'OFSP a fixé – ou parfois négocié – le cadre général du déroulement de l'innovation et, dans un second temps, celui-ci est adapté au contexte d'implantation à travers des négociations avec les acteurs qui représentent tout ou

partie de ce contexte social. Cette pratique, permet de définir avec précision un ensemble d'activités, de rôles et de tâches nécessaires à la réalisation de l'innovation et qui tiennent compte des ressources et intérêts des acteurs qui seront nécessaires à la mise en œuvre proprement dite. Elle permet aussi d'associer différents acteurs aux processus d'innovation et de créer un premier pré-réseau, soit un ensemble d'acteurs liés à l'innovation et qui viennent à partager un même ensemble de représentations et de connaissances autour de celle-ci.

La seconde forme de création des scénarios relève plus de la planification stratégique. Ici, l'OFSP conçoit une stratégie ou un projet-pilote en interne et base celui-ci sur sa propre appréciation du contexte. Dans ce cas, les négociations et les ajustements entre les différents acteurs sont repoussés à la phase de réalisation de l'innovation. Le processus de mobilisation sociale est aussi renvoyé à plus tard.

5.3 REALISER L'INNOVATION

L'OFSP a-t-il soutenu et coordonné les activités nécessaires à une véritable expérimentation de l'innovation ? A-t-il, dans ce cadre, réussi à créer des réseaux de l'innovation mobilisant le porte-parole des différentes catégories d'acteurs nécessaires à leur réalisation et a-t-il favorisé leur engagement commun en multipliant les connexions et les flux d'informations entre eux ?

La réalisation d'une innovation semble largement bénéficier des travaux préalables menés durant les deux premières phases du processus. Ainsi, si un ensemble d'acteurs a pu être mobilisé et si un scénario d'implantation précis a pu être négocié, il suffit généralement de recourir à ces deux éléments pour créer l'innovation. Les efforts peuvent alors se concentrer sur la création de connexions et d'ajustements entre les parties afin de créer et de coordonner un véritable réseau de l'innovation. De plus, il est rapidement possible, comme dans le cas de la prescription d'héroïne, d'élargir ce réseau et d'intégrer de nouveaux laboratoires d'expérimentation. En somme, si le porte-parole des différentes catégories d'acteurs concernés par l'innovation (décideurs, chercheurs, professionnels, etc.) sont d'emblée participants du processus, il paraît relativement aisé de multiplier le nombre de représentants de ces catégories d'acteurs dans la phase de réalisation.

A l'inverse, lorsque l'innovation ne constitue qu'une idée et un plan de mise en œuvre et qu'elle n'est soutenue que par les responsables de la planification, la réalisation s'avère plus problématique. Il faut alors, durant la phase de réalisation, mobiliser les acteurs nécessaires à celle-ci mais aussi produire les ajustements entre eux. Ces tâches se trouvent alors rapidement en conflit avec l'agenda des projets et compliquent sérieusement la mise en œuvre de l'innovation. La division organisationnelle (tâches, responsabilités) d'une expérimentation, comme cela a été le cas pour le projet supra-f, ne constitue pas non plus un atout pour que les lacunes de la planification puissent être compensées par des négociations et des ajustements entre les parties prenantes. En somme, le fait que l'ensemble des travaux de mobilisation, d'ajustement et de coordination soient intégrés dans la phase de mise en œuvre rend celle-ci pour le moins difficile puisqu'elle doit aboutir, souvent en peu de temps, à développer une expérimentation technique doublée d'une forte mobilisation sociale. Dès lors, il est certainement rare que des processus d'innovation dont les activités se concentrent essentiellement sur la phase de mise en œuvre aboutissent à des succès.

5.4 DIFFUSER L'INNOVATION

L'OFSP a-t-il valorisé les résultats des expérimentations, soutenu les acteurs souhaitant implanter les innovations et œuvré à la normalisation de celles-ci ? A-t-il, dans ce cadre, réussi à mobiliser de nouveaux acteurs et de nouvelles catégories d'acteurs permettant un élargissement des réseaux de l'innovation ?

La diffusion de l'innovation débute dès la définition d'une nouvelle problématique sociale et c'est à travers la mobilisation de différentes catégories d'acteurs, et donc de ressources et de légitimités, que celle-ci vient à pénétrer le champ social dans lequel elle devra être implantée. La capacité à étendre le réseau de l'innovation créé lors des trois premières phases du processus dépend fortement de la mobilisation obtenue jusque là. L'exemple de la prescription d'héroïne montre bien que la mobilisation obtenue avant et pendant l'expérimentation conduit ensuite à une extension des acteurs qui se lie à cette innovation et à des opportunités de normalisation de celle-ci dans des lois et règlements. Toutefois, cet exemple montre aussi que les efforts d'intéressement de nouveaux acteurs (cantons, centres) et de nouvelles catégories d'acteurs (OFAS, Office intercantonal de contrôle des médicaments) ne doivent pas être négligés. Ainsi, la diffusion des innovations relève d'une double dynamique : la première est celle de la création d'un réseau de l'innovation reposant sur la coopération avec toutes les catégories d'acteurs concernées par une innovation. La seconde, est celle de l'extension de ce réseau au-delà de la phase d'expérimentation et elle nécessite une poursuite des efforts d'intéressement qui concerne à la fois le nombre d'acteurs impliqués et l'inclusion de nouvelles catégories d'acteurs. En conséquence, la phase d'expérimentation ou de réalisation devrait être suivie par la mise en place d'un organe particulier chargé de stabiliser le réseau de l'innovation existant et de permettre son extension continue. Cette pratique a lieu avec la prescription d'héroïne mais pas avec la réduction des risques en prison et la prévention secondaire.

Il est pour le moins difficile de diffuser et de normaliser une innovation si celle-ci ne dispose pas de l'appui d'un important réseau social qui se trouve en convergence autour d'idées et de pratiques communes. Le cas de la prévention secondaire montre que l'éclatement de cette mobilisation, autour de projets ou de pratiques différenciés, peut constituer un obstacle à la diffusion de l'innovation.

6 REPONSES AUX QUESTIONS D'EVALUATION

Cet avant-dernier chapitre constitue une seconde synthèse des résultats de cette étude, cette fois en fonction des questions d'évaluation formulées en collaboration avec la mandant. Il s'agit alors de formuler une appréciation qui synthétise les observations provenant du développement du cadre d'analyse de la gestion des processus d'innovation et de son application à trois exemples concrets. Le but de cette synthèse est de traduire les résultats de l'étude sous une forme utile aux collaborateurs de l'OFSP. Les critères de jugement restent toutefois les mêmes et renvoient aux réponses aux quatre questions, relatives à chacune des étapes du processus d'innovation, développées dans le cadre de ce travail. Plus simplement, il s'agit de regrouper les forces et faiblesses du travail de l'OFSP qui ont été mentionnées au chapitre précédent.

■ Comment l'OFSP a-t-il eu recours à l'innovation et géré les processus d'innovation dans le cadre du ProMeDro ?

L'OFSP a, dans le cadre du ProMeDro, généralement eu recours à l'innovation pour développer l'offre des interventions ciblant les problèmes liés à la consommation de drogue et, plus particulièrement, pour explorer de nouvelles pistes dans ce domaine.

Sa gestion des processus d'innovation, à partir des trois exemples étudiés, fait apparaître des constantes et quelques variables. Au niveau des constantes, on observe un travail d'identification de nouvelles problématiques liées à la consommation de drogue, le développement de nouvelles solutions basées sur l'état de la connaissance, le développement de scénarios généraux pour la mise en œuvre des innovations, la coordination des acteurs ou réseaux impliqués dans la mise en œuvre, le développement d'instruments d'information pour rendre compte de l'avancement et des résultats des expérimentations et des efforts pour normaliser les innovations dans le cadre de dispositions légales ou réglementaires.

Au niveau des variables, on constate des pratiques de planification différenciées, basées certaines fois sur des négociations et des ajustements avec les acteurs concernés et, parfois, sur la seule évaluation du contexte par les collaborateurs de l'OFSP. Les pratiques de mobilisation sociale varient aussi : dans certains cas, l'OFSP engage une importante partie de ses ressources à convaincre les acteurs concernés par l'innovation et à réaliser des ajustements entre eux. Dans ce cas, le travail de mobilisation sociale est au moins aussi important que celui du développement technique de l'innovation. Dans d'autres cas, c'est l'inverse qui se produit. L'OFSP conçoit l'innovation et tente de faire pénétrer celle-ci dans le contexte social en "injectant" l'idée originale dans divers contextes sociaux ce qui conduit certes à une mobilisation mais qui est avant tout fragmentée et liée à des projets particuliers. Finalement, l'OFSP engage parfois un véritable processus de diffusion en assurant la stabilité du réseau construit durant l'expérimentation et en favorisant l'extension de celui-ci ainsi que la normalisation de l'innovation. Dans d'autres cas, il réduit son implication à la fin de la phase d'expérimentation et la diffusion de l'innovation se limite essentiellement à la valorisation des résultats de celle-ci. Dans ce cas, la diffusion a tendance à connaître une évolution beaucoup moins importante.

■ Quelles ont été les conséquences des interventions de l'OFSP sur le développement, l'implantation et la diffusion des innovations ? Cette gestion de l'innovation à l'OFSP paraît-elle adéquate compte tenu des connaissances

scientifiques et des besoins et attentes du terrain ? Pourquoi ? Quelles différences apparaissent entre les différents exemples étudiés ?

Les exemples étudiés n'auraient pu se réaliser, notamment de l'avis de tous les répondants, sans une participation active de l'OFSP aux processus d'innovation. Cette participation s'est d'abord concrétisée par la reconnaissance des problèmes et par la définition et l'examen de la faisabilité de certaines solutions. Les négociations avec les différentes parties impliquées et le pilotage des processus de conception d'une expérimentation par l'OFSP ont sans doute été décisifs pour que les innovations puissent voir le jour. La coordination de la mise en œuvre, par la multiplication des connexions et l'important flux d'informations entre les acteurs impliqués, a conduit à ce que les innovations quittent le monde des idées pour rejoindre celui des pratiques. Finalement, la poursuite du travail d'intéressement et les efforts en vue de la normalisation de l'innovation ont conduit à ce que celles-ci s'intègrent aux pratiques courantes de la prise en charge des problèmes liés à la drogue.

Cette gestion exemplaire, que l'on retrouve dans l'exemple de la prescription d'héroïne, n'a pourtant pas toujours été appliquée. Ainsi, l'OFSP a aussi développé des pratiques qui semblent moins favorables au développement des processus d'innovation. La première d'entre elles est certainement la planification "*Top-Down*" qui sépare l'innovation du champ social dans lequel elle doit être implantée. Le changement, qu'il s'agisse des pratiques ou des idées, ne peut être imposé mais se réalise à travers une mobilisation croissante des acteurs qui sont concernés par celui-ci. Ainsi, le processus de changement technique, tel qu'il est conçu dans les manuels de la planification sanitaire ou de la gestion de projet, ne peut exister que si il est porté par les acteurs sociaux qui doivent l'appliquer. Il faut donc convaincre ces acteurs, négocier et ajuster l'innovation en fonction de leurs besoins et de leurs intérêts pour que celle-ci puisse devenir réalité.

Dans le même ordre d'idées, la fin d'une expérimentation, même si les résultats qu'elle révèle sont positifs, ne constitue en aucun cas la fin du processus de mobilisation sociale nécessaire à la diffusion de l'innovation. C'est en stabilisant le réseau qui a réalisé la mise en œuvre et en travaillant à l'extension de celui-ci que l'innovation se maintient et se diffuse dans de nouveaux contextes. Une intervention *evidence-based* ne vaut rien si elle n'est pas appliquée et si elle ne devient pas l'objet des pratiques d'un nombre croissant d'acteurs qui ont été intéressés pour la mettre en œuvre. Dès lors, il convient de maintenir le processus d'innovation bien au-delà de la première expérience et de s'assurer que le nouveau produit ou la nouvelle pratique obtienne le soutien d'un nombre croissant d'acteurs sociaux.

En conclusion, on peut relever que l'intervention de l'OFSP dans ces processus d'innovation a été décisive pour qu'ils puissent se réaliser. Cela vaut particulièrement pour les phases de développement (émergence et développement de nouvelles idées) et de mise en œuvre de l'innovation, mais sans doute un peu moins en ce qui concerne la phase de diffusion. Sa gestion de l'innovation paraît dès lors généralement adéquate en fonction des connaissances scientifiques existantes sur ce thème et qui sont regroupées dans notre cadre d'analyse. Deux exceptions doivent toutefois être notées : certaines formes de planification "*Top-Down*", qui ne sont pas favorables au processus de mobilisation sociale autour d'une innovation, et certaines limites de l'intervention lors de la phase de diffusion des innovations et qui mettent le devenir de celles-ci en péril. S'agissant des besoins des acteurs du terrain vis à vis, et dans le cadre, des processus d'innovation, il est difficile d'apprécier l'intervention de l'OFSP à partir des données récoltées pour cette étude. Il peut toutefois être observé que les personnes interrogées ont généralement loué le travail des collaborateurs de l'OFSP et, à quelques exceptions près, leur capacité à les soutenir dans le cadre de processus d'innovation. En regroupant les

analyses liées à la connaissance scientifique et les informations provenant des acteurs ayant participé aux processus d'innovation, on peut avancer que c'est sans doute la capacité à lier ces différents acteurs, à favoriser les ajustements entre eux et à agir comme porte-parole de leur coalition qui s'est avérée décisive pour répondre aux besoins des professionnels et des décideurs locaux.

■ **Quels sont les éléments de cette gestion qu'il convient de maintenir en l'état et qui pourraient servir encore à l'avenir, et quels sont ceux qui le sont moins ?**

La réponse aux questions ci-dessus permet de poser, à la lumière des trois exemples étudiés, les principaux éléments de gestion de l'innovation qui doivent être maintenus ou changés dans le cadre du ProMeDro. Voici, tout d'abord, ceux qui doivent être maintenus :

- l'intérêt (ou l'attention) et la compétence (formation, expérience, proximité avec les acteurs et réseaux locaux) des collaborateurs de l'OFSP pour la reconnaissance et la définition des nouveaux problèmes liés à la consommation de drogue. L'identification de nouvelles problématiques requiert en effet une disposition à l'observation de l'environnement qui produit ces problématiques ainsi qu'une capacité à identifier les caractéristiques de ces dernières. C'est l'intérêt pour cette observation ainsi que la capacité à identifier et à comprendre (connaissances, compétences, contacts avec le terrain) les changements qui sont ici déterminants ;
- le recours aux connaissances et expériences existantes, mais aussi aux acteurs concernés par le nouveau problème, pour la définition de nouvelles solutions et l'examen de la faisabilité de celles-ci ;
- la formulation d'un scénario général pour la mise en œuvre de l'innovation qui spécifie les conditions-cadre pour que celle-ci puisse se réaliser ;
- la mobilisation des acteurs et catégories d'acteurs nécessaires à la mise en œuvre de l'innovation dans le cadre d'un processus d'intéressement et de négociations devant aboutir à la définition d'un scénario détaillé (rôles, tâches, coopérations) concernant la réalisation de l'innovation et qui est préalable à sa mise en œuvre ;
- le soutien (financier, logistique) et la coordination, sous forme de multiplication des connexions et de transfert de connaissances, au réseau d'acteurs participant à l'expérimentation de l'innovation ;
- le soutien au maintien de l'innovation au-delà de la phase d'expérimentation et l'intéressement de nouveaux acteurs susceptibles de la reproduire dans de nouveaux contextes.

Les éléments qu'il convient de ne pas reproduire dans le cadre de la gestion des processus d'innovation sont :

- développer une nouvelle idée et un scénario d'implantation en vase clos, soit concevoir un processus de changement, même si il est techniquement irréprochable, qui n'est porté que par les collaborateurs de l'OFSP ;
- repousser la phase où ont lieu les efforts d'intéressement, d'enrôlement et d'ajustement à l'étape de la réalisation de l'innovation et, ainsi, limiter les possibilités de réussite de celle-ci et l'opportunité de créer un réseau de l'innovation relativement étendu et coordonné (sous-processus de changement social) ;
- relâcher l'engagement dès la fin de l'étape de la réalisation de l'innovation, qui ne constitue en fait que l'une des phases de la diffusion de celle-ci dans son contexte d'implantation (sous-processus de changement technique et de changement social).

7 POST SCRIPTUM

Le travail d'évaluation présenté ici permet de mettre à jour certains éléments de la gestion des processus d'innovation qui permettent à ceux-ci de se développer de manière effective ou alors de conduire à certains difficultés qui entravent la réalisation et la diffusion des innovations.

Ce travail exploratoire permet aussi de compléter quelque peu certaines théories concernant le changement qu'a connu la politique drogue suisse ces vingt dernières années et le fait que de nombreuses interventions nouvelles puissent avoir été expérimentées dans ce cadre. Jusqu'ici les chercheurs et les praticiens ont donné les explications suivantes pour expliquer ces phénomènes de changement et d'innovation : Eisner suggère la conjonction de plusieurs facteurs, soit l'émergence de nouvelles idées concernant la gestion des problèmes liés à la drogue chez la population et dans les médias, la pression pour le changement d'unités politiques locales, l'introduction de mesures de réduction des risques dans les milieux urbains (plus libéraux) et la constitution de groupes d'experts nationaux dont la majorité des représentants sont favorables à l'approche de réduction des risques, pour expliquer comment la prescription d'héroïne a pu être introduite en Suisse⁹. Kübler, qui s'intéresse au changement général qui a touché la politique drogue en Suisse, propose de son côté l'émergence et la prise de pouvoir, notamment à travers les enjeux entourant l'apparition du VIH/Sida, d'une nouvelle coalition d'acteurs représentant de nouvelles idées et de nouvelles valeurs¹⁰. Chenaux, l'une des figures de l'opposition à la prescription d'héroïne, va dans le même sens en affirmant que le changement est la résultante de la prise de pouvoir d'un cercle d'acteurs qui souhaitent avant tout la fin de la prohibition⁶⁷. Klingemann avance une autre théorie : si la prescription d'héroïne a pu être introduite en Suisse c'est que le contexte (scènes ouvertes, infections par le VIH, overdoses) exigeait une nouvelle solution urgente et que la mise en œuvre de celle-ci a pu s'appuyer sur la culture politique existante en Suisse. Dès lors, c'est moins une volonté d'expérimentation qui caractérise ce processus d'innovation qu'un appel aux valeurs traditionnelles (recherche de solution, consensus autour de celle-ci) des Suisses⁶⁸. Finalement, Boggio et al.¹¹, mais aussi Rhis et Büchi⁴², avancent que le changement et l'innovation sont la résultante de nouvelles manières de travailler et de collaborer entre les différents acteurs concernés par les problèmes liés à la drogue.

Les résultats du présent travail ne permettent pas de trancher au sujet de l'adéquation de ces théories à la réalité, mais ils offrent un complément utile à celles-ci. Ainsi, l'intérêt pour l'identification et la définition de nouvelles problématiques sociales, la volonté de lier toute recherche de solution aux savoirs existants, la capacité d'intéresser les acteurs présents et d'engager des négociations avec eux, la mise en place de modalités de coordination reposant sur les connexions et les ajustements entre les parties et, finalement, les efforts de stabilisation des réseaux d'acteurs et d'extension de ceux-ci, constituent les différentes activités pratiques qui se dissimulent sous les processus de changement et d'innovation. Leur présence en Suisse, notamment au travers du travail des collaborateurs de l'OFSP, explique sans doute aussi pourquoi la Suisse a connu une transformation des idées et des pratiques dans le domaine de la gestion des problèmes liés à la drogue à la fois plus rapide et plus intensive que celles qu'ont connu d'autres pays.

8 ANNEXES

8.1 LISTE DES PERSONNES AYANT FAIT L'OBJET D'UN ENTRETIEN

8.1.1 Collaborateurs ou ex-collaborateurs de l'OFSP et du ProMeDro

Sandra Bernasconi, collaboratrice chargée des mesures dans le domaine carcéral

Chris Eastus, collaborateur chargé du domaine de la réduction des risques

Martin Hosek, collaborateur participant au pilotage de la prescription d'héroïne

Philippe Lehmann, responsable du ProMeDro

Bernhard Meili, responsable du Service promotion de la santé et prévention

Margrit Rhis, collaboratrice responsable de la recherche

Bertino Somaini, responsable du programme de prévention du sida

Dina Zeegers, collaboratrice chargée des mesures de réduction des risques

8.1.2 Personnes concernées ou ayant participé aux processus d'innovation

Béatrice Aebershold Krähenbühl, collaboratrice de la Aids-Hilfe Bern

Peter Gut, collaborateur du ZEPRA de St-Gall

Thimothy Harding, médecin et directeur de la médecine pénitentiaire à Genève.

Martin Küng, collaborateur de la Fondation Radix-Promotion de la santé

Daniel Meili, médecin et responsable d'une clinique pour toxicomanes à Zurich

Annie Mino, médecin et responsable de la division d'abus de substances à Genève

Barbara Mühlheim, médecin participante au programme de prescription d'héroïne

Françoise Narring et Karen Klaue, chercheuses (IUMSP/GRSA)

Joaquim Nelles, psychiatre et chercheur dans le domaine carcéral

André Seidenberg, médecin et ancien responsable d'une clinique pour toxicomanes.

Ambros Uchtenhagen, directeur de l'ISF et responsable de la recherche Prove

François Van der Linde, Président de la sous-commission drogue de la commission fédérale des stupéfiants

8.2 GUIDE GÉNÉRAL D'ENTRETIEN

Les questions ci-dessous indiquent le schéma général de l'entretien qui a été mené avec certains acteurs ayant participé au processus d'innovation. Toutefois, pour chaque entrevue, des questions plus spécifiques ont été élaborées concernant la participation concrète de chacun des acteurs et ses collaborations avec l'OFSP.

- Quand avez-vous pour la première fois été confronté à l'idée à l'origine de l'innovation ? Que pensiez-vous de cette idée à ce moment-là ? Cette idée avait-elle déjà des promoteurs en Suisse ? Qui étaient ces promoteurs ?
- Comment avez-vous participé au processus de développement de cette innovation ? Quelles en ont été les étapes ? Qui étaient alors les promoteurs et les opposants à l'innovation et quelles ont été leurs activités ? Quel rôle l'OFSP a-t-il occupé dans ce cadre ?
- Quelle est votre appréciation globale de l'implantation et de la diffusion de l'innovation en Suisse ? Le processus a-t-il été bien géré ? Certains aspects auraient-ils pu être optimisés ? A votre avis, aurait-on pu convaincre d'autres cantons/villes/institutions d'y participer ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies. Montréal: Editions nouvelles; 1995.
- 2 Pencheon D, Guest C, Melzer D, Muir Gray JA, editors. Oxford Handbook of Public Health Practice. Oxford: Oxford University Press; 2001.
- 3 Blum HL. Planning For Health: Generics For The Eighties. New York: Human Science Press; 1981.
- 4 Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge: Harvard University Press; 1973.
- 5 Rosen G. A History Of Public Health. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1993.
- 6 Tubiana M. Histoire de la pensée médicale: les chemins d'Esculape. Paris: Flammarion; 1995.
- 7 Sournia J-C. Histoire de la médecine. Paris: La Découverte; 1997.
- 8 van de Ven AH, Angle HL, Scott Poole M. Research on the Management of Innovation. New York: Harper & Row; 1989.
- 9 Eisner M. Déterminants de la politique suisse en matière de drogue : l'exemple du programme de prescription d'héroïne. *Déviance et Société* 1999;23(2):189-204.
- 10 Kübler D. Understanding policy change with the advocacy coalition framework: an application to Swiss drug policy. *Journal of European Public Policy* 2001;8(4):642-61.
- 11 Boggio Y, Cattacin S, Cesoni ML. Apprendre à gérer: la politique suisse en matière de drogue. Genève: Georg; 1997.
- 12 Gervasoni JP, Zobel F, Kellerhals C, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, et al. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: troisième rapport de synthèse 1997-1999. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- 13 Zobel F, Thomas R, Arnaud S, De Preux E, Ramstein T, Spencer B, et al. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: quatrième rapport de synthèse 1999-2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (à paraître).
- 14 Wolfe RA. Organizational innovation: Review, critique and suggested research directions. *Journal of Management Studies* 1994;31(3):405-31.
- 15 Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: Free Press; 1962.
- 16 van de Ven AH. Central Problems in the Management of Innovation. In: Tushman ML, Moore WL, eds. *Readings in the Management of Innovation*. New York: Harper Business; 1988. p. 103-122.
- 17 Cohen WL, Levinthal DA. Absorptive Capacity: A New Perspective on Learning and Innovation. *Administrative Science Quarterly* 1990;(35):128-52.
- 18 Callon M. Eléments pour une sociologie de la traduction. *L'année sociologique* 1986;(36):169-208.
- 19 Amblard H, Bernoux P, Herreros G, Livian Y-F. Les nouvelles approches sociologiques des organisations. Paris: Seuil; 1996.
- 20 Lascoumes P. Rendre gouvernable: de la "traduction" au "transcodage". L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique. In: *La Gouvernabilité*. Paris: PUF; 1996. p.
- 21 Callon M. La science et ses réseaux: genèse et circulation des faits scientifiques. Paris: La Découverte; 1989.

- 22 Callon M, Law J. La proto-histoire d'un laboratoire ou le difficile mariage entre science et économie. In: Innovation et ressources locales. Paris: PUF; 1989. p.
- 23 Callon M, Law J, Rip A. Mapping the Dynamics of Science and Technology. London: Macmillan; 1986.
- 24 Mintzberg H. Grandeur et décadence de la planification stratégique. Paris: Dunod; 1999.
- 25 Hage JT. Organizational innovation and organizational change. *Annu Rev Sociol* 1999;25:597-622.
- 26 Commission fédérale des stupéfiants sous-commission D. Rapport sur la drogue. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1983.
- 27 Commission fédérale des stupéfiants sous-commission D. Aspects de la situation et de la politique en matière de drogue en Suisse. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1989.
- 28 Mino A. Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine: expertise. Genève: Mino, Annie; 1990.
- 29 Résultats de la consultation concernant le rapport de juin 1989 de la Sous-commission "Drogue" de la commission fédérale des stupéfiants. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1991.
- 30 Office fédéral de la santé publique. Mesures fédérales pour réduire les problèmes de la drogue: document de base de l'Office fédéral de la santé publique. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1991.
- 31 Cattaneo M, Leuthold A, Paccaud F, Dubois-Arber F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, phase I: bilan initial 1990-1992. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81).
- 32 Conseil fédéral suisse. Ordonnance sur l'évaluation des projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes. 1992.
- 33 Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A. Institut für Sozial und Präventivmedizin der Universität Zürich, editor. Studienprotokoll der Begleitevaluation: Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. 1. Aufl. ed. Zürich: Institut für Sozial und Präventivmedizin der Universität Zürich; 1995.
- 34 Killias M, Uchtenhagen A. Méthodologie de l'évaluation des essais suisses avec prescription médicale d'opiacés sous l'angle de la délinquance: l'accès sous contrôle médical à l'héroïne réduit-il la délinquance des toxicomanes ? *Bulletin de criminologie* 1996;33-48.
- 35 Rihs-Middel M, Clerc J, Stamm R, Uchtenhagen A, Dobler-Mikola A, Gutzwiller F, et al. La prescription de stupéfiants sous contrôle médical: recueil d'études et d'expérience. Genève: Editions médecine et hygiène; 1995.
- 36 Rapport de la Commission d'experts pour la Révision de la loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants à l'attention de la cheffe du Département fédéral de l'intérieur. Office fédéral de la santé publique (OFSP), Ed. Berne: Département fédéral de l'intérieur; 1996.
- 37 Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, editors. Essais de prescription médicale de stupéfiants: rapport de synthèse. Zurich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich; 1997.
- 38 L'Assemblée fédérale de la Confédération. Arrêté fédéral du 9 octobre 1998 sur la prescription médicale d'héroïne. Berne: Chancellerie fédérale; 1998. URL: <http://www.admin.ch/ch/f/as/1998/2293.pdf>.
- 39 Office fédéral de la santé publique, editor. Traitement avec prescription d'héroïne: argumentaire concernant la votation populaire sur l'arrêté fédéral urgent sur la prescription médicale d'héroïne (traitement avec prescription médicale d'héroïne) du 13 juin 1999. Berne: OFSP; 1999.
- 40 Hosek M. Développement de la qualité dans le traitement avec héroïne (QE-HeGeBe): concept. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2000.

- 41 Traitement avec prescription d'héroïne: directives, recommandations, informations. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2001.
- 42 Bundesamt für Gesundheit, Rihs-Middel M, Jacobshagen N, Seidenberg A, editors. Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Praktische Umsetzung und wichtigste Ergebnisse. Bern: Huber; 2002.
- 43 Nelles J. The Contradictory Position of HIV prevention in Prison: Swiss Experiences. *International Journal of Drug Policy* 1997;8(1):2-4.
- 44 Le sida dans les prisons et autres établissements similaires: recommandations de la conférence des chefs des départements cantonaux de justice et police, de la commission fédérale d'experts pour le SIDA et de l'Office fédéral de la santé publique. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1986.
- 45 Conseil de l'Europe. Rapport sur une politique coordonnée de la santé pour prévenir la propagation du SIDA dans les prisons, 10 mai 1988. Conseil de l'Europe; 1988.
- 46 World health organization (WHO). Statement from the consultation on prevention and control of AIDS in prisons, Geneva, 16-18 November 1987. Geneva: World health Organization; 1987.
- 47 Directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons. *Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique* 1993;49:880-2.
- 48 Harding T, Manghi R, Sanchez G. Le sida en milieu carcéral: les stratégies de prévention dans les prisons suisses. Genève: Unité de recherche, Institut universitaire de médecine légale; 1990.
- 49 Hausser D, Zimmermann E, Dubois-Arber F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. 3ème rapport de synthèse 1989-1990. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1991. (Cah Rech Doc IUMSP, no 52).
- 50 Nelles J, Harding T. Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism. *Lancet* 1995;346:1507-8.
- 51 Nelles J, Fuhrer A. Prévention du VIH et de la toxicomanie dans les établissements de Hindelbank: rapport succinct des résultats de l'évaluation. Berne: Clinique psychiatrique universitaire; 1995.
- 52 Nelles J, Bernasconi S, Dobler-Mikola A, Kaufmann B. Provision of syringes and prescription of heroin in prison. *International Journal of Drug Policy* 1997;8(1):40-52.
- 53 Nelles J, Fuhrer A. Harm Reduction in Prison: strategies against drugs, AIDS and risk behaviour = Risikominderung im Gefängnis: Strategien gegen Drogen, AIDS und Risikoverhalten. Bern: P. Lang; 1997.
- 54 Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner HP. Kurzevaluation des Pilotprojekt 'Drogen- und Aidsprävention in den Basler Gefängnissen'. Berne: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern Ost; 1997.
- 55 Nelles J, Vincenz I, Fuhrer A, Hirsbrunner HP. Evaluation der HIV- und Hepatitis-Prophylaxe in der kantonalen Anstalt Realta : Schlussbericht. Bern: Universitäre psychiatrische Dienste Bern; 1999.
- 56 Hirsbrunner HP, Hercek V, Blumenthal J, Maurer C, Nelles J. Nachevaluation der Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern Ost; 1997.
- 57 Karger T, Rhiner M. Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit und Massnahmen zur Infektionsprophylaxe im Strafvollzug der Schweiz. Zürich: Institut für Suchtforschung; 1998.
- 58 Hausser D. Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses: analyse secondaire sur la base de la littérature disponible. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé, 40).

- 59 Office fédéral de la santé publique. Prévention secondaire des toxicomanies: concept. 1993; Berne: OFSP.
- 60 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Research Program on Substance Abuse Prevention for Youth at Risk: Prevention concept. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1998.
- 61 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Suchtpräventionsforschung bei gefährdeten Kindern und Jugendlichen. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1998.
- 62 Devos T, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. Prévention secondaire des toxicomanies: analyse d'une stratégie. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Rapport non publié).
- 63 Office fédéral de la santé publique, editor. Suchtprävention: Schwerpunkte des BAG 1992-95. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1994.
- 64 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Suchtprävention: Schwerpunkte des BAG 1992-98. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1995.
- 65 Office fédéral de la santé publique, editor. Programmes de prévention de l'OFSP pour les jeunes. Berne: OFSP; 1997.
- 66 Wicki W. Schlussbericht Machbarkeitsstudie supra-f : Interventionsforschung im Bereich der sekundären Suchtprävention. Bern: Psychologische Institut der Universität Bern; 1995.
- 67 Chenaux JP. La Suisse stupéfiée. Lausanne: L'Âge d'homme; 1997. (Objections).
- 68 Klingemann H, Hunt G, editors. Drug treatment systems in an international perspective: drugs, demons, and delinquents. Thousand Oaks: Sage; 1998.