

SOMMAIRE

Avant-propos

Lettre de mission du ministre de la Santé

Remerciements

1997 : UN MOMENT PRIVILÉGIÉ POUR DU CHANGEMENT

- 1 - Un problème en constante mutation
- 2 - Une transformation radicale des comportements
- 3 - Une mutation du système de santé français et de l'action sociale

Première partie

LES FONDEMENTS ET LES MODÈLES DE LA PRÉVENTION

Chapitre I - LES FONDEMENTS DE LA PRÉVENTION

I - Les modèles utilisés pour bâtir des actions de prévention

I.1 - Les modèles inspirés du concept de maladie

I.1.1 - Les savoirs médicaux

I.1.2 - Les savoirs profanes

I.1.3 - Les savoirs sociétaux

I.2 - Le concept de santé et la nouvelle approche de la prévention

II - Des connaissances, des concepts et une terminologie claire

II.1 - Les comportements de consommation de substances
psychoactives

II.1.1 - La dépendance

II.1.2 - L'abus ou usage nocif

II.1.3 - L'usage : comportement ou pathologie, un choix pour
la prévention

- II.2 - Pertinence des concepts d'usage, d'abus et de dépendance
 - II.2.1 - La dépendance
 - II.2.2 - Distinction entre usage et abus
- II.3 - Les conduites addictives
- III - Les modèles basés sur les déterminants psychopathologiques
- IV - Les modèles basés sur les déterminants environnementaux
 - IV.1 - Les modèles psychosocial et socio-culturel
 - IV.2 - La théorie des facteurs sociaux pathogènes
- V - Le statut légal des substances psychoactives et ses effets

Chapitre II - LES MODÈLES DE LA PRÉVENTION

- I - Le modèle des croyances relatives à la santé
- II - La théorie sociale cognitive
- III - La théorie de l'action raisonnée
- IV - La théorie des comportements interpersonnels
- V - La théorie du comportement planifié
- VI - La théorie des comportements à problème
- VII - La théorie de l'apprentissage social
- VIII - La théorie de l'immunisation cognitive ou sociale
- IX - La théorie bio-psycho-sociale
- X - Le modèle de l'environnement social
- XI - Le modèle développemental
- XII - La théorie de la prévention situationnelle

Deuxième partie
LA DÉMARCHE DE PRÉVENTION
MÉTHODES ET STRATÉGIES

Chapitre III - LA DÉMARCHE DE PRÉVENTION

Introduction

La personne et la société

Nécessité de la cohérence

I - Rappel synthétique des objectifs généraux et thématiques, principaux et secondaires

I.1 - L'objectif principal de la prévention

I.2 - Les objectifs secondaires

II - Agir sur l'opinion publique pour modifier les représentations sociales

III : L'homme, au centre de la prévention

III.1 - L'homme dans sa dimension biologique

III.2 - L'homme dans sa dimension psycho-sociale

III.3 - L'homme dans sa dimension métaphysique

IV - Comprendre le phénomène des comportements de consommation de substances psychoactives

IV.1 - Représentations sociales des comportements de consommation de substances psychoactives

IV.2 - Représentations individuelles

IV.3 - Représentations de l'environnement immédiat de la personne

IV.4 - Représentations des intervenants en toxicomanie

IV.5 - Représentations des acteurs de prévention

IV.6 - Représentations des administratifs et des politiques

V - Prendre en compte l'ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives

V.1 - Apport des politiques de prévention en matière d'alcool

- V.2 - Apport des politiques de prévention en matière de tabac
- V.3 - Démarche générale de prévention de l'ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives
- VI - Les grandes options d'une démarche de prévention primaire
 - VI.1 - Prévenir l'initialisation de la consommation
 - VI.2 - Mettre en œuvre une politique de réduction des risques
 - VI.3 - Empêcher l'évolution de l'usage à la dépendance

Chapitre IV - MÉTHODES ET STRATÉGIES

I - Les principes généraux

- I.1 - Les principes éthiques : respect, solidarité, participation
- I.2 - Inscription dans la durée
- I.3 - Un environnement favorable
- I.4 - L'évaluation
- I.5 - Une action suffisante

II - Les acteurs de prévention

- II.1 - Les anciens consommateurs
- II.2 - Les intervenants en toxicomanie
- II.3 - Les spécialistes en santé publique
- II.4 - Les interlocuteurs environnementaux naturels
- II.5 - Place et rôle de l'école
- II.6 - La famille

III - Les compétences

- III.1 - Formation personnelle
- III.2 - Les savoirs nécessaires
 - III.2.1 - Des savoirs académiques
 - III.2.2 - Des savoirs sur les modèles de prévention
 - III.2.3 - Des savoirs en matière de santé publique
 - III.2.4 - Des savoirs sur les méthodes de la prévention

III.3 - La prise en compte des facteurs de protection et de vulnérabilité

III.3.1 - Les facteurs de protection

III.3.2 - Les facteurs de vulnérabilité

IV - Les supports et les moyens

IV.1 - L'étude des représentations, la connaissance des besoins et attentes

IV.2 - La responsabilisation des personnes

IV.3 - Place de l'information

IV.4 - Agir directement sur le phénomène des comportements de consommation

IV.5 - Agir sur les facteurs de protection et de vulnérabilité

IV.6 - La prévention, c'est l'art de convaincre

IV.7 - Les financements

IV.8 - Des supports adaptés aux destinataires

QUANT À L'AVENIR

« Les hommes
trahissent eux-mêmes
leur santé par leurs
passions. »
Démocrite

Avant-propos

Philippe ayant saccagé la ville d'Olynthe, Agésipolis, roi de Sparte, eut cette réaction : « Bon, il est probable qu'il ne lui sera pas facile d'en rebâtir une pareille. » De la même manière, une action iconoclaste dans le domaine de la prévention est hors de propos. Il y a dans les démarches déjà mises au point et développées depuis de nombreuses années beaucoup de choses à garder. Elles témoignent de la justesse de ce qui a été antérieurement fait. Un discours qui tiendrait comme nul et non avenu ce qui a été élaboré par le passé serait irréaliste et non légitime. Mais comment pouvons-nous nous appuyer sur les compétences manifestées antérieurement en matière de prévention pour proposer et mener à bien de nouvelles réflexions, proposer de nouveaux objectifs, de nouvelles actions plus pertinentes et plus efficaces.

Afin de faire de nouvelles propositions en ce qui concerne la prévention des conduites de consommation de substances psychoactives, il est nécessaire de reprendre de manière critique les démarches faites, non seulement dans notre pays, mais aussi dans d'autres pays, car le phénomène de la mondialisation caractérise notre civilisation.

Le citoyen est le destinataire de multiples messages et actions de prévention sous-tendus par des problématiques, des thématiques et des méthodologies diverses. Comment faire pour que ce citoyen bénéficie des actions de prévention et ne soit pas désorganisé par ces sollicitations multiples ? Comment faire pour qu'il intègre l'ensemble des informations qu'il reçoit et soit alors capable de construire une démarche personnelle de vie cohérente, bénéfique pour sa santé, et lui permettant de vivre harmonieusement avec son environnement ? Nos anciens concevaient déjà la santé comme un équilibre entre la nature et l'homme et comme une

harmonie entre les différentes composantes de la nature humaine dans une société donnée. Il appartient aujourd'hui à chacun d'établir une relation saine avec l'environnement naturel et à l'homme d'être l'organisateur de cette relation. C'est à partir de cette idée qu'a été construite la théorie actuelle de la promotion de la santé.

Les comportements de consommation de substances psychoactives - nous pourrions à cette occasion adopter le sigle CCSP-, bien que présents depuis que l'homme est homme, sont encore une énigme. Suivant qu'on privilégie tel ou tel aspect de ce phénomène, on propose des modèles descriptifs et des modèles compréhensifs fort différents.

Ceci a conduit à proposer de nombreuses définitions, très diverses et non consensuellement admises ; ceci pourrait faire penser à un manque d'intelligibilité du phénomène. On reproche alors, avec raison, aux experts leur incapacité à éclairer la population et à la société d'être à l'origine de la non maîtrise du phénomène, voire de son extension.

Nous avons l'obligation de développer les mesures efficaces déjà mises en place et d'en chercher de nouvelles plus adéquates, car le phénomène de la consommation de substances psychoactives est en constante mutation. Cela est vrai pour notre pays comme pour les autres pays qui ont adopté des politiques en ce domaine parfois identiques et parfois différentes de la nôtre.

Il n'existe cependant pas encore de consensus fort sur les contenus de la prévention ni même sur les objectifs dans ce domaine.

En France comme ailleurs, la prévention apparaît comme essentielle dans les démarches visant à préserver et à développer la santé, mais visant aussi à permettre à chacun de s'inscrire dans la société, à y trouver sa place et à œuvrer pour le développement de la société.

Le présent document a pour but de développer une problématique de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives inscrite dans une politique plus générale de la santé, dans le cadre de laquelle les actions mises en place en France pourraient s'inscrire de manière cohérente.

"ÉLABORATION ET DIFFUSION D'UN TEXTE DE RÉFÉRENCE SUR LA PRÉVENTION"

FICHE N°1-1 DU PLAN GOUVERNEMENTAL DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE

Exposé des motifs :

De l'enseignant au policier, en passant par l'éducateur, le soignant ou tout autre acteur de prévention, le nombre de partenaires amenés à intervenir sur ce champ est important. Afin de tendre vers une cohérence du discours préventif sur les drogues et les toxicomanies, les formateurs doivent pouvoir se référer à un document définissant la base des objectifs et des modalités de l'action préventive.

Analyse de la mesure :

Un tel document sera réalisé. Pour son élaboration, il sera fait appel à un comité scientifique représentatif comprenant notamment des spécialistes de l'enfance, de l'adolescence, de la santé publique, de neurobiologie, de l'éducation et notamment de l'éducation sanitaire... Le texte devra être aussi rigoureux que possible et tenir compte des connaissances les plus actuelles sur les dangers des différents produits psychotropes. Il comprendra un lexique précisant le sens que l'on donne aux termes utilisés, ainsi que des cadres d'utilisation en fonction des formateurs et publics auxquels il sera destiné.

Au cours de la phase de finalisation, il sera soumis à un certain nombre de formateurs, afin de recueillir leurs observations.

C'est pourquoi, sur proposition de la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie, le ministre de la Santé, le docteur Élisabeth Hubert, a chargé un comité scientifique d'élaborer un texte de référence sur la prévention primaire des toxicomanies.

Monsieur le Professeur,

Vous avez bien voulu accepter de présider le comité scientifique, dont la mission est d'élaborer un texte de référence sur la prévention primaire des toxicomanies. Je vous en remercie vivement.

En effet, le comité interministériel, réuni le 14 septembre dernier pour arrêter un nouveau plan de lutte contre la drogue et la toxicomanie, a inscrit comme première mesure du volet "prévention" l'élaboration et la diffusion de ce texte de référence à l'intention des formateurs. L'objectif est de rendre plus cohérent le discours préventif. La situation actuelle paraît en effet peu satisfaisante de ces deux points de vue. D'autre part, les interventions auprès des jeunes sont devenues hétérogènes, et de plus, l'on constate un certain décalage entre l'intérêt généralement porté par les acteurs de terrain pour une approche globale de la prévention et une formation de ceux-ci, portant sur le seul domaine de la toxicomanie, ce qui me paraît restrictif au regard des enjeux de la prévention primaire.

Le comité scientifique que vous présiderez devra donc s'attacher à :

* redéfinir les objectifs, la nature et les modalités de la prévention primaire. Devront nécessairement être abordées les questions de fond telles que : que cherche-t-on à prévenir, une première consommation ou l'abus conduisant à une dépendance ? Quels sont les rapports et les limites de l'intervention spécifique dans une approche globale ? Quel statut donner à l'information ? Quel rôle les jeunes, les anciens toxicomanes sont-ils amenés à jouer ? Comment établir une permanence dans l'action préventive ?

* Définir le contenu même des formations destinées aux acteurs de la prévention primaire, qu'ils soient professionnels ou bénévoles. Le poids respectif de différents enseignements - la connaissance de l'acteur de prévention par lui-même, le développement de l'enfant, la crise de l'adolescence, les données sociologiques, économiques des toxicomanes - devra être précisé.

La définition de la prévention primaire et les recommandations en matière de formation mériteraient d'être éclairées par un lexique permettant

de préciser le sens de certains termes utilisés (abus, dépendance...) et de faire le point sur les connaissances les plus actuelles en matière de produits psychotropes. Vous apprécierez l'opportunité d'un tel lexique, l'étendue et la forme à lui donner. Sa rédaction pourra se faire sous l'égide du comité scientifique ; elle pourra nécessiter l'intervention de spécialistes ne faisant pas partie du comité.

Je ne manquerai évidemment pas de recueillir vos avis avant de désigner les membres du comité scientifique et d'arrêter les modalités et l'échéancier de ses travaux. La Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie en assurera le secrétariat.

Vous remerciant à nouveau d'avoir accepté cette importante mission, je vous prie de croire, Monsieur le Professeur, à l'expression de ma gratitude et de ma considération.

Elisabeth Hubert

Je tiens à remercier très vivement ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport et ceux qui ont participé aux multiples réunions qui en ont fixé les grandes lignes :

Jean Adès, Professeur agrégé de psychiatrie ; Francois Chobeaux, chargé de mission jeunesse au Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active (CEMEA) ; Michel Damade, médecin psychiatre, directeur du Groupement de recherche et d'information (GRICA) ; Michèle Durning, maître de conférence à l'UFR des Sciences de l'éducation - Université Lille III ; Alain Garnier, médecin du sport, chef de la Mission médecine du sport et lutte contre le dopage ; Jacques Fortin, médecin, conseiller technique du recteur de Lille ; Serge Karsenty, chargé de recherche au CNRS - Unité de recherche en Économie de la santé - INSERM U-357 ; Bernadette Roussille, inspecteur général des Affaires sanitaires et sociales, délégué général du Comité français d'éducation pour la santé (CFES) ; Michel Vidalenc, commandant de police à la Mission de lutte anti-drogue (MILAD).

Je remercie plus particulièrement Françoise Moyen et Patrick Sansoy, chargés de mission à la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et Laurence Lefèvre, chef du Bureau SP3 à la DGS, qui m'ont accompagné pas à pas au cours de la rédaction de ce document.

Ma reconnaissance va aussi à Madame de Veyrinas, présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, qui au cours de nombreuses rencontres m'a guidé dans la construction de ce document.

Le présent document a été élaboré lors d'une longue consultation avec des intervenants très divers et a bénéficié du travail accompli au sein du Haut Comité de la Santé publique au cours de deux mandatures. Que les membres de la commission Alcool, tabac, drogues illicites soient ici remerciés, ainsi que le Professeur Guy Nicolas et M. Pierre Ducimetière.

Mes remerciements vont aussi à Mlle Maïté Chabeau, mon assistante.

1997 : Un moment privilégié pour un changement

1 - Un problème en constante mutation

À partir des années 1960, les comportements de consommation de substances psychoactives sont abordés avec un vocabulaire très caractéristique de cette époque - drogue, drogués, toxicomanie - témoignant du fait que le produit est alors au centre du système explicatif, d'où la notion de sevrage, de cure et de post-cure. Ces comportements ont commencé à inquiéter la population, mais on en soulignait le caractère marginal et le peu d'impact sur le fonctionnement du pays. Le phénomène était envisagé d'une part comme un phénomène ayant existé de tout temps, mais réservé à quelque-uns, marqué par l'étrangeté, et d'autre part comme un phénomène moderne caractérisant une société en mutation, rompant avec les organisations sociétales antérieures et jouant sa part dans la construction d'une nouvelle société.

Centrée sur les produits, la Loi de 1970 gardait un caractère classique, la répression du trafic et l'illégalité de la consommation y étaient réaffirmées, mais elle innovait en conférant aux consommateurs de substances psychoactives le statut de personne nécessitant des soins. Le statut de malade justifiable de soins y était affirmé, à la réserve près que ce statut pouvait ou non être choisi par la personne consommatrice. De là est née l'ambiguïté entre les statuts légaux et sanitaires des consommateurs de substances psychoactives.

Les actions menées à cette époque peuvent un peu caricaturalement être caractérisées ainsi :

- réduire ou faire disparaître le trafic pour éviter l'exposition à l'offre et les premières consommations ;
- dès la première consommation, on entre dans le cadre du délit ou de la pathologie ;
- l'héroïnomane représente la figure emblématique du "toxicomane", et c'est à partir de cette image du consommateur qu'a été constitué le dispositif de soins spécialisés, compétence d'État ;

- la "toxicomanie" est alors plutôt appréhendée comme une sociopathie que comme une pathologie personnelle. Les prises en charge privilégient l'action sociale même si les psychothérapies sont très largement proposées. La "toxicomanie" est aussi perçue dès cette époque comme une déviance, une activité délictueuse mettant en cause la société.

Au milieu des années 1980, devant l'augmentation des dommages liés aux comportements de consommation de substances psychoactives, on met en place une politique de réduction des risques. Celle-ci est marquée d'abord par des mesures visant à empêcher l'échange des seringues, en préconisant leur vente en pharmacie. Que le ministre Michèle Barzach en soit remerciée. Devant les conséquences sanitaires et sociales dramatiques liées à la consommation de substances psychoactives, il a fallu attendre 1993 pour qu'une vraie politique de réduction des risques soit mise en place. On développe alors les thérapeutiques de substitution, pourtant récusées depuis longtemps, avec pour mission d'enrayer les épidémies liées au VIH et au virus de l'hépatite C, mais aussi dans le but d'améliorer l'état sanitaire global des "toxicomanes", de réduire la délinquance, et de favoriser la réinsertion sociale. L'action menée par le ministre d'État Simone Veil et les ministres Bernard Kouchner et Philippe Douste Blazy a été déterminante dans cette politique de réduction des risques.

Les "comportements délinquants" liés à la "toxicomanie" ont joué dans cette évolution un rôle déterminant, à partir du moment où ils ont atteint un seuil critique pour la population. D'un autre côté, des politiques visant à la réduction de la délinquance et de la marginalisation sont mises en place.

Par ailleurs, le développement des connaissances sur le fonctionnement du système nerveux central, la pharmacologie et les déterminants des comportements donne une assise scientifique plus grande, proposant un modèle neurobiologique aux comportements de consommation de substances psychoactives.

Parallèlement, les nombreuses enquêtes, études et recherches précisent les aspects cliniques et culturels de ces comportements et leur évolution. On insiste alors sur l'extension de ces comportements et leur "banalisation", surtout chez les jeunes.

Pendant toute cette période, l'accent a été mis de manière prioritaire sur le dispositif de soins spécialisés. Des actions de prévention, certes nombreuses, ont été menées, mais elles n'ont pas fait l'objet d'une préoccupation aussi marquée que celle qui concernait les soins, comme en témoignent les rapports successifs de la MILDT, de l'ANIT et de la Direction générale de la Santé. Le rapport Parquet (1995), réalisé à la demande du ministre de la Santé, portait uniquement sur le dispositif hospitalier de soins. Le rapport Henrion (1994) abordait les comportements de consommation dans la triple perspective : répressive, sanitaire et sociale. La question de la légalisation de l'usage du cannabis donnait une orientation particulière à ce rapport. Celui-ci a eu le mérite de montrer la nécessité d'une articulation entre prévention spécifique ou thématique et prévention globale ou générale.

Néanmoins, la prévention, constamment rappelée comme indispensable, était mise en fait à l'arrière-plan. Elle prenait place dans des démarches très inégales, très diversifiées, peu cohérentes, voire contradictoires, et s'inscrivait dans des problématiques la démarquant de celles qui inspiraient les démarches de prévention dans d'autres domaines de la santé et de la vie sociale, au risque de faire apparaître la prévention des "toxicomanies" comme étrangère à la vie quotidienne du citoyen et au champ classique de la santé.

À la prévention primaire n'était alors assignée qu'une seule mission, éviter la rencontre de la personne avec la substance dans le cadre d'une initialisation de la consommation. Aucun texte de référence n'a même été élaboré sur ce sujet.

2 - Une transformation radicale des comportements

Comment peut-on penser aujourd'hui la prévention des comportements de consommation de substances psychoactives pour les prochaines années ? Il convient de resituer la place et les missions de la prévention des conduites de consommation de substances psychoactives dans le cadre de l'évolution des idées sur la santé.

Nous assistons actuellement à une transformation radicale des comportements de la population en ce qui concerne son bien être, sa santé

et les comportements de consommation de substances psychoactives. On peut reprendre à cet égard les commentaires de la commission Henrion : nous avons à faire à un nombre d'usagers beaucoup plus important qu'il y a quelques années sans qu'on puisse chiffrer avec une absolue certitude l'importance de cette augmentation. Les chiffres évoqués, depuis 1970, parlent d'une multiplication par dix ou vingt des consommateurs de substances psychoactives. Ces chiffres n'ont pas une valeur absolue car les définitions utilisées pour comptabiliser les "toxicomanes", les méthodologies utilisées, les sources à partir desquelles les enquêtes ont été effectuées sont hétérogènes. C'est pourquoi, il est nécessaire, pour rendre compte des comportements de consommation, que les instances scientifiques, le ministère de la Santé, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, l'Observatoire français des drogues recommandent l'adoption d'une terminologie précise qui s'imposerait à tous. De plus, ils devraient faire aux différentes structures de production de données et de connaissances les recommandations nécessaires afin d'obtenir des données fiables et comparables sur l'usage et les dépendances aux substances psychoactives, mais aussi sur le dispositif de soins, son organisation et ses pratiques, et sur la population générale.

Si le nombre des usagers a beaucoup augmenté, les consommateurs demeurent, dans leur majorité, des sujets jeunes, en dessous de 35 ans. Néanmoins, ce seuil peut varier si l'on prend en compte le fait que dans la "carrière d'un toxicomane", après une période de consommation de substances psychoactives illicites, certains se "cicatrisent" en devenant dépendant soit de l'alcool soit de médicaments psychotropes.

Les formes de la "toxicomanie" ont évolué, les faits montrent l'importance croissante des comportements d'usage et d'usage dommageable, alors que les personnalités dépendantes sont restées la référence quant à la compréhension du phénomène, quant à la construction des actions de soins et de prévention. La polytoxicomanie, ou mieux, la polyconsommation, s'est peu à peu banalisée soit dans le cadre d'une consommation à un instant T de plusieurs substances, soit dans le cadre d'une consommation séquentielle de différents produits. Par ailleurs, si les consommateurs inscrits dans un comportement de dépendance sont majoritairement des héroïnomanes, on rencontre de plus en plus souvent des consommateurs dépendants de la cocaïne ou des médicaments psychotropes.

La consommation régulière de cannabis et de médicaments psychotropes, tels que le néocodion et certains anxiolytiques, devient de plus en plus fréquente et apparaît même pour certains comme un usage social "normal", compte tenu de la fréquence du phénomène. Dans la littérature nationale et internationale, mais aussi dans les pratiques cliniques habituelles, on rencontre de plus en plus d'usagers de substances psychoactives qui n'en sont pas encore à un comportement de dépendance. Cette énorme population d'usagers pose des problèmes différents de ceux que posent les personnalités dépendantes, car elle pratique le plus souvent un usage réglé et apparemment maîtrisé ou même un usage nocif. Cette évolution oblige à repenser tout le dispositif de prévention et de soins, quelles que soient les positions morales, réglementaires et législatives choisies.

De nouveaux produits ont fait leur apparition. À cet égard, en France, parallèlement à la consommation de solvants et de crack, la consommation d'ecstasy est le plus représentatif de ces nouveaux comportements. Bien que l'héroïnomanie demeure le modèle de référence, d'autres produits confèrent aux comportements de consommation de substances psychoactives des caractéristiques tout à fait différentes. On insiste actuellement sur l'augmentation de la consommation de médicaments psychotropes, on évoque pour l'avenir une évolution vers les "toxicomanies" à partir de substances chimiques de synthèse.

L'état sanitaire de l'ensemble des consommateurs dépendants de substances psychoactives est de plus en plus catastrophique comme le montrent les bilans d'activité des services spécialisés et les enquêtes épidémiologiques comme celle de Françoise Facy. Cet état sanitaire est probablement dû tout autant à l'effet des substances qu'aux conditions de vie des consommateurs dépendants. Les complications de l'infection par le VIH (Lert) et par le virus de l'hépatite C (Parquet) représentent une des préoccupations majeures de santé publique dans notre pays en ce qui concerne cette population particulière. Mais cet état sanitaire médiocre n'est pas seulement l'apanage des populations dépendantes, et il est très largement le fait des populations consommatrices en général.

À côté de ces problèmes, il faut souligner la gravité croissante des consommations de substances psychoactives, d'alcool et de tabac dans la

population féminine, et particulièrement chez les femmes enceintes. Ces faits justifient l'utilisation des thérapeutiques de substitution et leur proposition systématique aux femmes pendant leur grossesse.

Toutes les études montrent qu'à côté des facteurs d'âge et de milieu socio-culturel, le sexe est un facteur discriminant dans l'initiation à la consommation de substances psychoactives, dans les modalités de la consommation, dans l'évolution du phénomène, dans la survenue des complications et dans les processus de marginalisation. La plupart des actions de prévention ne tiennent pas compte de cette donnée. On n'ose pas proposer des programmes de prévention différents suivant le sexe, de peur d'induire une discrimination sexuelle scandaleuse, tandis qu'on ose proposer des programmes diversifiés suivant les âges et en rapport avec les phases de développement de la personnalité.

Chaque culture est susceptible de promouvoir des règles d'utilisation des substances psychoactives qui lui sont familières, comme pour l'alcool en France, par exemple ; par contre, face à la consommation de substances psychoactives "venues d'ailleurs", les différentes cultures ont constamment édicté des règles et des interdits visant à protéger l'ensemble de la population et les personnalités les plus vulnérables à la nouveauté de l'offre. Dans les pays islamiques, l'alcool fait l'objet d'un interdit ; en France, les substances psychoactives naturelles ou chimiques sont déclarées illicites. Ceci confère au problème des comportements de consommation de substances psychoactives une singularité culturelle qu'on ne retrouve autant marquée que dans très peu d'autres problèmes de santé.

Le problème de la délinquance liée, induite ou accompagnant les comportements de consommation de substances psychoactives est de plus en plus au centre des préoccupations et mobilise l'ensemble de la population et des pouvoirs publics, les incitant à développer la prévention, les soins et la réhabilitation. Deux aspects doivent être considérés : la délinquance liée à l'usage d'un produit illicite et la délinquance entraînée par les conditions de la consommation d'une substance psychoactive. Il n'est pas dans notre propos de nier la relation de causalité entre consommation de substances psychoactives, marginalisation et délinquance. Par contre, beaucoup d'études démontrent que la marginalisation et la délinquance préexistent au comportement de

consommation. Dès lors, le comportement de consommation devient un trait caractéristique de la marginalisation et de la délinquance. Dans ce cas, la prévention de la marginalisation et de la délinquance doit être directement inscrite dans la prévention primaire et non dans la prévention secondaire.

L'ensemble des composantes de la société est actuellement susceptible de présenter des comportements de consommation de substances psychoactives. Ceci renforce l'idée que les facteurs individuels de vulnérabilité auraient une place plus importante qu'on ne l'avait antérieurement estimée. Certains vont jusqu'à penser que ces facteurs personnels seraient prépondérants dans le déclenchement de la consommation et que les facteurs sociaux n'auraient pas une place exclusive dans l'initialisation des comportements de consommation, alors qu'ils seraient déterminants dans la pérennisation de ceux-ci. Cela va largement à l'encontre des idées habituellement admises dans notre société.

La consommation de substances psychoactives est actuellement perçue dans certains milieux comme un "comportement banal, accepté, à condition qu'il n'entraîne ni dommage pour le sujet ni dommage pour la société". Il s'agirait d'un comportement socialement accepté, surtout dans une partie de la population, notamment les jeunes, et qui s'opposerait à un comportement non socialement accepté lorsque les dommages pour la société et l'individu apparaissent. Les médias amplifient cette dichotomie et tendent à imposer cette conception à l'ensemble de la population. Il s'agit d'un état de fait dont il convient de tenir compte. Le débat sur la légalisation de certaines substances actives repose sur l'idée d'un usage sans risque de certaines substances psychoactives. Cette conception est-elle légitime ou non ?

De plus, on sait que lorsque l'offre d'un produit ou la fréquence d'un comportement augmente dans une population, l'occurrence des consommations et des comportements de consommation de substances psychoactives en est facilitée. Entre 1957 et 1960, Sully Lederman avait montré qu'en ce qui concerne l'alcool, il y avait un lien entre la consommation moyenne d'une population et le nombre des consommateurs à problème. Ce modèle conduit à se donner à la fois comme objectif la diminution du nombre des consommateurs à problème mais aussi la réduction de la consommation de l'ensemble de la population. Si l'offre de

substances psychoactives augmente ainsi que le nombre des petits consommateurs, le nombre des consommateurs à problème doit logiquement augmenter. Cela est vérifié jusqu'à un certain point, légitimant ainsi les actions en direction des consommateurs à problème mais aussi et surtout de l'ensemble de la population. Cela justifie la lutte contre l'offre de produits, mais aussi la mise en place d'une politique visant à diminuer le nombre des consommateurs non dépendants de substances psychoactives afin de limiter la probabilité d'apparition du phénomène de consommation de substances psychoactives dans l'ensemble de la population et dans la population à problème.

Enfin, l'acceptabilité par une population d'un produit ou d'un comportement de consommation de ce produit augmente la fréquence de sa consommation et, à l'inverse, une image sociale négative du consommateur de substances psychoactives, si elle limite l'accès aux soins en entravant la demande d'aide, doit réduire le nombre des consommateurs chez ceux qui ont une attitude de conformité aux comportements les plus répandus. C'est la théorie de la conformité sociale et de l'adhésion aux normes. Cependant, cette image négative peut, pour une partie de la population qui souhaite ainsi s'afficher comme différente, avoir une action incitatrice. C'est l'idée de la transgression comme force incitatrice aux premières consommations.

Il est nécessaire de dire fortement que l'ensemble de la population doit développer face aux consommateurs de substances psychoactives, quels que soient les problèmes qu'ils lui posent, une attitude d'aide respectueuse et attentive.

3 - Une mutation du système de santé français et de l'action sociale

Le système de santé français est aujourd'hui en pleine mutation ; les exigences de santé de la population et les problèmes auxquels elle est confrontée ont considérablement changé. Cette mutation donne l'opportunité d'évaluer ce qui fut et reste bénéfique pour la santé et ce qui doit être mis en place. Elle offre une occasion unique d'améliorer le système de santé en donnant notamment une place plus importante à la

prévention et à la réhabilitation, comme l'a suggéré le rapport du Haut Comité de la Santé publique en 1995.

Soins, prévention et réhabilitation prendront leur pleine mesure quand ils seront articulés entre eux avec cohérence et résolument axés sur la notion de santé et non plus sur la notion de maladie. En ne prenant plus les maladies comme unique objet de préoccupation, en agissant sur les déterminants de la santé, en réduisant les inégalités, en diminuant l'incidence des pathologies évitables, on peut obtenir des gains de santé plus importants.

L'amélioration de la santé des Français passe aussi par des actions sur l'habitat, la nutrition, la sécurité environnementale, l'organisation sociale, l'éducation, la citoyenneté. La santé a plus à y gagner qu'en se fixant uniquement comme objectif la réduction de l'incidence des maladies et l'optimisation des soins, même si ces objectifs sont nécessaires. La santé n'est donc pas une référence qui ne concerne que le monde médical mais la totalité du fonctionnement social.

Les pouvoirs politiques sont aujourd'hui principalement préoccupés par la réduction des coûts et des déficits, et les techniciens de la santé par l'optimisation des soins, mais la juste démarche consiste à promouvoir la santé des personnes et de la communauté en agissant sur les déterminants de la santé et en renforçant la santé des personnes et la santé de la communauté. À des titres divers, nous sommes donc tous acteurs de la santé.

Ce champ de réflexion mérite d'être pris en considération pour la prévention des consommations de substances psychoactives. Pour celle-ci, il faut :

- promouvoir une démarche de santé publique,
- définir les objectifs et les stratégies de base,
- apprécier les besoins et attentes des populations concernées et de la population en général,
- préciser les réponses essentielles,
- permettre une prise de conscience par la population des enjeux de santé publique,

- exiger que les instances politiques mettent en œuvre une démarche active de santé publique,
- intégrer les préoccupations d'ordre économique, éducative et politique,
- donner à l'évolution sociale une clarté qui repose sur des valeurs partagées,
- développer la citoyenneté.

On note aussi une profonde mutation de l'idée que nous nous faisons des actions sociales avec le développement de l'accès à la citoyenneté, de l'aide à l'insertion et du soutien social.

Ce document se donne pour objectif de proposer une problématique de prévention générale et thématique des comportements de consommation de substances psychoactives, afin de permettre aux décideurs et aux acteurs de penser leurs actions, et non pas de décrire les méthodologies de la prévention utilisables pour mettre en acte cette problématique.

Dans ce document, le mot santé doit être compris dans l'acception donnée par l'Organisation mondiale de la Santé et ne fait donc pas référence à l'ordre sanitaire dans une perspective réductionniste. Les aspects bio-psycho-sociaux et culturels doivent être conjointement appréhendés.

PREMIÈRE PARTIE

LES FONDEMENTS ET LES MODÈLES DE LA PRÉVENTION

Chapitre I

LES FONDEMENTS DE LA PRÉVENTION

I - Les modèles utilisés pour bâtir des actions de prévention

I.1 - Les modèles inspirés du concept de maladie

À côté des références à l'action sociale, la démarche de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives s'est d'abord appuyée sur la notion de maladie, même si, au début, la "toxicomanie" n'était pas considérée comme telle. L'évolution du concept de maladie a conduit à des conceptions successives de la prévention à partir des savoirs médicaux, profanes, et sociétaux.

I.1.1 - Les savoirs médicaux

La maladie est définie par les manifestations cliniques témoignant d'un dysfonctionnement physique, psychique ou social, entraînant une souffrance et des dommages. Elle est la manifestation d'une altération d'une compétence biologique, psychologique, ou encore d'une altération des compétences sociales.

La maladie est exclusivement définie par les observateurs de la maladie et par les sciences médicales et sociales. Les connaissances produites par l'utilisation de la méthode anatomoclinique ont transformé la maladie en un fait ou un objet scientifique, définissable, quantifiable qui peut être modifié par les actions thérapeutiques, préventives et de réhabilitation. L'analyse des dysfonctionnements sociaux était basée, à une période, sur la même conceptualisation comme en témoignent les termes fléau social, sociopathie, traitement social, réhabilitation.

C'est donc le médecin, avec ses outils, qui constate la réalité, définit les maladies, les classe et en découvre de nouvelles. Il leur donne une image

objective. La maladie est à la fois un objet scientifique, un objet thérapeutique et un objet de prévention. La "toxicomanie", le morphinisme et l'héroïnomanie sont des maladies parmi d'autres.

En proposant les critères pour définir et classer les maladies, le médecin définit du même coup, tout au moins implicitement, les critères de la santé. La maladie appartient au monde du savoir, cette conception légitime l'activité médicale. Le patient n'a pas de place dans cette conception. Il est porteur de la maladie et ne doit pas gêner l'activité médicale. En ce qui concerne la prévention, celui qui possède le savoir est réputé connaître ce qui est souhaitable pour celui qui ne sait pas. Il édicte les lois de la prévention, il utilise ses propres méthodes pour définir la prévention. La personne malade ou celle chez qui on veut éviter l'apparition de la maladie n'a pas de part dans l'élaboration du "programme" de prévention. Elle est destinataire de messages et d'actions de prévention qu'elle se doit d'intégrer à sa vie. La prévention est dans cette conception le fait, sans partage, du seul médecin. Elle revêt alors un aspect prescriptif. Ce que l'on doit faire pour éviter la survenue des maladies devient le contenu de la prévention. La personne qui fait l'objet de l'action de prévention n'a pas de rôle dans son élaboration.

I.1.2 - Les savoirs profanes

Une autre conception est progressivement apparue. Peu à peu, on a tenu compte de la manière dont les patients et leur famille se représentaient leur maladie. Un savoir profane a ainsi été observé, savoir qui appartient aux patients et à leur famille. Ces savoirs ont mis en évidence les besoins et attentes des patients. Face au savoir médical ces savoirs profanes se sont imposés comme légitimes.

Le savoir médical et scientifique et les savoirs profanes ne sont pas identiques. Ils sont quelquefois contradictoires, mais il existe des zones de recouvrement qui constituent des zones d'alliance entre scientifiques, médecins et patients. La médecine prend en compte les besoins, les attentes et les représentations de la maladie par les patients, ainsi que la manière dont les personnes souhaitent ou non être soignées. Le concept de qualité des soins s'est imposé ainsi que celui de qualité de la vie. Progressivement, de nouveaux objectifs et des stratégies différentes de prévention ont été

élaborés dans une démarche partenariale. La nouvelle problématique du traitement de la douleur et les formes prises par la prévention de la contamination par le VIH en sont deux exemples pertinents. On est passé d'une maladie "à une personne" à une maladie "à deux personnes" (Balint), d'une prévention initiée par une personne à une prévention construite en commun.

I.1.3 - Les savoirs sociétaux

Il est rapidement apparu que l'entourage du patient, la société et la culture avaient eux aussi des représentations et des définitions de la maladie, que ces savoirs étaient légitimes et devaient entrer en résonance avec le savoir scientifique et les autres savoirs profanes. Progressivement, une confrontation entre ces savoirs a permis de mettre en évidence des objectifs de santé acceptables par la communauté et utiles pour la santé. Ceci a été à l'origine de la démarche de santé communautaire qui inspire aujourd'hui les démarches de santé et de prévention ainsi que de réhabilitation.

En raccourci, pendant longtemps, l'évolution des actions de prévention en matière de consommation de substances psychoactives a été calquée sur l'évolution des idées concernant la maladie. Dans un premier temps, les actions de prévention étaient justifiées et construites à partir du savoir de ceux qui savaient, qu'ils soient acteurs politiques, sociaux ou sanitaires, et elles s'imposaient à ceux qui ne savaient pas. Ces derniers devaient suivre les messages des premiers et conformer leurs conduites et leurs comportements aux règles édictées, en leur nom, mais en dehors d'eux.

Dans un deuxième temps, les acteurs de prévention ont dialogué avec les malades, les consommateurs et leur entourage afin de réorienter les messages et les actions de prévention de manière à les rendre plus adéquats aux besoins et attentes des patients, et à développer ainsi une action plus efficace. Les patients, les consommateurs et leur entourage devenaient les coauteurs des actions de prévention. Mais on peut constater qu'à cette époque, c'est à partir du concept de maladie que toutes les actions de prévention étaient conçues, même s'il s'agissait d'interventions dans le champ culturel ou social, où la référence à la déviance remplaçait la référence à la maladie.

Dans un troisième temps, les représentations de la communauté à propos des maladies et surtout des comportements à problème se sont imposées. Les actions de prévention ont été construites en partenariat avec les anciens patients, les patients, leur entourage, les médecins, la société. Il en a été ainsi par exemple de la prévention mise en place par les mouvements d'anciens buveurs ou par les mouvements d'anciens "toxicomanes". Les patients, les consommateurs, leur entourage devenaient auteurs et acteurs de la prévention, quelquefois même, en éliminant les professionnels : ils devenaient alors promoteurs de la prévention.

Pourtant, force est de reconnaître que c'est souvent encore à la dimension pathologique que l'on fait référence pour mettre en place une problématique de prévention, ou à la notion de déviance, l'équivalent d'une pathologie sociale.

Un nouveau modèle de référence s'impose.

I.2 - Le concept de santé et la nouvelle approche de la prévention

Progressivement, s'est imposé le concept de santé sous l'influence de l'évolution des sociétés et de la théorisation proposée par l'Organisation mondiale de la Santé. Les définitions successives données par cette organisation au concept de santé ont profondément modifié les actions de santé, de soins, de prévention et de réhabilitation, en les inscrivant dans un cadre très vaste. La santé serait la résultante de déterminants biologiques, psychologiques, culturels, économiques et sociaux. Si l'on souhaite mener des actions de soins et de prévention il conviendra d'agir sur l'ensemble de ces déterminants.

Cette conception de la santé met l'accent sur les compétences du sujet à recouvrer la santé, et plus généralement à gérer sa santé et l'ensemble de sa vie. Les concepts d'éducation pour la santé et d'éducation à la santé ont été ensuite adoptés. Cette démarche centre la prévention sur la promotion des comportements bénéfiques à la santé et sur la réduction des comportements dommageables pour la personne et/ou son entourage, mais aussi, plus spécifiquement, sur la personne pour l'inciter à promouvoir et à gérer sa santé de manière individuelle et active.

Cette conception de la santé prend la communauté et l'ensemble de la population comme objet et partenaire de son action. Elle affirme qu'il convient d'encourager la collaboration entre les professionnels et les communautés pour identifier, développer et offrir des prestations qui prennent en compte l'ensemble des déterminants de santé avec pour mission d'améliorer la santé des individus et des communautés. Elle propose un ensemble intégré de services ayant pour objet la promotion de la santé, la prévention des maladies et la protection de la santé. Elle propose d'établir des liens étroits au sein des dispositifs de santé, quelle que soit leur nature. Elle encourage la collaboration entre le secteur santé et les autres secteurs de la vie communautaire qui ont à voir avec l'ensemble des déterminants de la santé.

La prévention a alors pour but de modifier les comportements dommageables pour la santé, de proposer des choix favorables à la santé en fournissant à la population une information adéquate et en lui permettant d'identifier les comportements bénéfiques pour la santé. La capacité de faire des choix apparaît comme un objectif central à développer pour améliorer la santé.

Rendre la personne capable de gérer sa santé et sa vie devient l'objectif prioritaire : la prévention globale ou générale cohabite avec la prévention spécifique ou thématique.

Prendre la santé comme ligne conductrice des différentes actions de soins, de prévention et de réhabilitation donne une cohérence à l'ensemble des actions. Cela permet aussi de définir trois destinataires et coauteurs de la prévention. D'une prévention en direction de l'individu, on est passé à une prévention destinée à certaines populations identifiées comme pathologiques ou à risques, puis à une prévention générale destinée à l'ensemble de la population.

Deux manières de concevoir la prévention peuvent être distinguées :

- *La première consiste à reprendre l'idée médicale classique de l'étiologie. Les actions de prévention doivent faire disparaître la ou les causes des troubles. C'est le type de prévention développé face aux risques toxiques ou infectieux. Cette démarche a historiquement été adoptée en ce qui*

concerne la toxicomanie, considérée comme une intoxication. Compte tenu du polydéterminisme des comportements des "toxicomanes", les résultats ont été peu probants.

- *La seconde conduit à travailler à la fois sur les déterminants et les facteurs à l'œuvre dans la genèse des pathologies et des comportements pathologiques ou déviants et sur les comportements eux-mêmes, mais aussi sur le fonctionnement global de l'individu dans ses dimensions bio-psycho-sociales. C'est ce que préconise le présent document.*

Le repérage et l'analyse des déterminants à l'œuvre dans la genèse des comportements fournit les lieux et les axes de la prévention. Parmi ces déterminants, on distinguera les déterminants de causalité souvent appelés facteurs pathogènes ou déviants, les facteurs de vulnérabilité et les facteurs de protection. Les déterminants de causalité sont directement liés au dysfonctionnement envisagé ; les facteurs de vulnérabilité favorisent la survenue éventuelle d'une pathologie ou d'un comportement pathologique ou déviant ; les facteurs de protection visent à permettre aux sujets de se protéger des facteurs pathogènes ou de réprimer l'activité des facteurs de vulnérabilité.

II - Des connaissances, des concepts et une terminologie claire

Force est à présent d'admettre qu'il y a des "drogues" et que « l'abus d'une drogue se distingue de son usage, que l'abus ne se supprime pas par décret. L'expérience récente conduit à réviser beaucoup d'idées reçues. »
Rapport du Comité consultatif national d'Éthique, 1994.

S'il est vrai qu'à toutes les époques et dans toutes les civilisations, il y a eu usage de substances psychoactives, chaque époque, chaque civilisation, chaque culture se caractérisent par des pratiques spécifiques de consommation de ces substances. Cela veut dire que la prévention doit être déterminée autant par référence à l'universalité

du comportement de consommation que par référence aux aspects conjoncturels de celui-ci.

Nous avons besoin d'une terminologie claire et de concepts rigoureusement établis pour définir clairement et consensuellement le "phénomène observable" sur lequel nous souhaitons agir.

* En France, sous le vocable toxicomanie, dans un premier temps, on a amalgamé des pratiques consommatoires hétérogènes englobant la nature des produits, les modes de consommation, les personnes qui consomment et la sévérité des problèmes. Le produit psychotrope a été conçu comme seul à l'origine des troubles, ce qui a conduit à la création du terme "drogué", ceci faisant référence à la théorie de l'intoxication. Implicitement, on affirmait que la rupture d'avec les consommations antérieures et le maintien de l'abstinence suffisaient pour réinscrire la personne dans une démarche de santé et de vie harmonieuse. La prévention secondaire avait alors pour objectif l'abstinence. La prévention primaire, elle, avait deux objectifs qui étaient la "non rencontre" de la personne avec le produit, d'où l'action sur l'offre, et la "non initialisation" de la consommation, d'où l'action sur la demande.

* Les travaux multiples qui ont été menés ont permis de mieux définir les comportements de consommation de substances psychoactives que l'on souhaite modifier et les déterminants qui se trouvent à l'origine de ces comportements. Dès lors, on a distingué des types de consommation de substances psychoactives en fonction des effets cliniques liés à la diversité de leurs mécanismes pharmacologiques, c'est ce que l'on appelle l'approche par produit. On parle ainsi d'héroïnomanie, de cocaïnomanie ou d'alcoolisme. L'héroïnomane et l'alcoolique sont devenus des figures emblématiques. On s'est aperçu par la suite, à partir de données cliniques de plus en plus nombreuses, que les consommateurs de substances psychoactives associaient en même temps ou séquentiellement plusieurs produits. Le terme de polytoxicomanie a alors été forgé ; il serait d'ailleurs préférable d'utiliser le terme polyconsommation. Cette approche par produit s'est révélée être très réductionniste et très peu efficace lorsqu'elle est seule mise en place.

* Dans un troisième temps, l'intérêt s'est porté sur le comportement même de consommation de substances psychoactives, distinguant celui-ci des complications ou dommages liés à la consommation. Les approches centrées sur les consommations puis sur la diversité des substances psychoactives consommées restent légitimes. Cependant, l'approche centrée sur les comportements de consommation en tant que tels est plus opératoire et doit être retenue. La référence au comportement a le mérite de proposer à l'observation, à l'analyse, à l'étude, des phénomènes observables aisément accessibles et définissables. Par exemple, définir l'agressivité est chose très délicate et susceptible de définitions très hétérogènes en fonction des hypothèses explicatives possibles. Par contre, les comportements agressifs, auto ou hétéroagressifs, sont aisément observables et analysables. Les connaissances produites par les disciplines neurobiologiques et les sciences humaines et sociales permettent d'avoir des données précises sur les comportements, sur les mécanismes qui leur sont sous-jacents, sur les facteurs et les déterminants à l'œuvre. Repérer ces facteurs, ces déterminants et ces processus à l'œuvre est possible. Cela procure des bases solides pour construire des actions de prévention : on possède alors une représentation du phénomène et on identifie les facteurs qui l'influencent. Même si on y fait toujours référence aux comportements, l'apport des recherches fondamentales cliniques, neurobiologiques, anthropologiques et culturelles, mais aussi législatives, permet une approche différente selon la discipline.

La distinction entre usage, abus et dépendance reprise par l'Association américaine de psychiatrie et par d'autres organismes internationaux a trouvé un écho favorable chez beaucoup de "spécialistes en toxicomanie". Elle est de plus en plus utilisée par les chercheurs et les intervenants dans ce champ. Le recours à cette distinction a unifié la littérature, les recherches et les pratiques en ce domaine, alors qu'autrefois les comparaisons étaient impossibles compte tenu de la diversité des définitions du phénomène. Rinaldi, en 1980, avait bien mis en évidence le manque de clarté, le besoin d'uniformisation et de standardisation des définitions, dont la multiplicité était due à la diversité des professionnels intervenant dans ce champ et donc aux multiples systèmes de référence utilisés.

La référence aux trois comportements distincts d'usage, d'abus et de dépendance permet à tous les acteurs intervenant dans ce champ d'avoir une base commune d'observation en ce qui concerne les comportements de consommation de substances psychoactives, et donne une cohérence à la diversité des actions de prévention, de soins et de réhabilitation.

II.1 - Les comportements de consommation de substances psychoactives

Trois grands types de comportements de consommation de substances psychoactives peuvent être distingués : l'usage, l'abus ou usage nocif et la dépendance.

II.1.1 - La dépendance

Les définitions les plus communément acceptées de la dépendance sont celle de l'Association américaine de psychiatrie, reprise dans le Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux (DSM IV), et celle de l'Organisation mondiale de la Santé, reprise dans la Classification internationale des maladies (CIM 10).

La définition du DSM IV (1994) est pertinente quant à l'élaboration diagnostique, et indispensable pour les activités de recherche et d'évaluation. Cette définition a aussi le mérite d'intégrer des données d'ordre biologique, critère 1-2, d'ordre psychologique, critère 3-4, et des critères de comportement social, critère 5-6 et 7

La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois :

1) tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

a) besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,

b) effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance ;

2) sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance,
 - b) la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage;
- 3) substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé ;
 - 4) désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;
 - 5) temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
 - 6) d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance ;
 - 7) poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Préciser :

Avec dépendance physique : signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présent)

Sans dépendance physique : pas de signes de tolérance ou de sevrage (items 1 et 2 absents)

Cette dernière précision conduit à affirmer que la dépendance physique n'est pas absolument indispensable pour parler de dépendance aux substances psychoactives.

Surtout, cette classification permet de rendre compte de l'évolution ou de la diversité dans le temps des comportements de dépendance. Ceci est très important pour apprécier les effets des actions menées dans ce champ, afin de ne pas imputer un bénéfice à une action lorsqu'on a seulement une variation temporelle du phénomène, marquée par :

- la rémission précoce complète : cette spécification est utilisée si, pendant au moins un mois, mais pendant moins de douze mois, aucun critère de dépendance ou d'abus n'a été présent ;

- la rémission précoce partielle : cette spécification est utilisée si, pendant au moins un mois, mais pendant moins de douze mois, au moins un critère de dépendance ou d'abus a été présent (sans que les critères complets de la dépendance aient été présents) ;

- la rémission prolongée complète : cette spécification est utilisée si, à aucun moment pendant au moins douze mois, aucun critère de dépendance ou d'abus n'a été présent ;

- la rémission prolongée partielle : cette spécification est utilisée si, à aucun moment pendant au moins douze mois, les critères complets de la dépendance n'ont été présents ; toutefois au moins un critère de dépendance ou d'abus a été présent ;

- la rémission sous traitement agoniste de substitution : cette spécification est utilisée si le sujet reçoit une médication agoniste sur prescription, et qu'aucun critère de dépendance ou d'abus n'a été présent pour cette classe de médication pendant au moins le dernier mois ;

- la rémission en environnement protégé : cette spécification est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès à l'alcool et aux substances réglementées est limité et si aucun critère de dépendance ou d'abus n'a été présent pendant au moins le dernier mois. Des exemples de cet environnement sont les prisons avec surveillance intensive et interdiction des substances psychoactives, les communautés thérapeutiques ou les unités fermées dans les hôpitaux.

Cette classification permet enfin, grâce à l'utilisation d'échelles standardisées, d'apprécier la sévérité de la dépendance, ce qui est un critère essentiel pour proposer un projet thérapeutique et un projet de vie pour le consommateur. L'utilisation généralisée d'instruments comme l'*Addiction Severity Index*, qui évalue les comportements de consommation eux-mêmes et leurs retentissements dans les domaines biologiques, psychologiques et sociaux, devrait être préconisée, puisque cet instrument est validé en France. D'autres instruments sont actuellement disponibles. Ils permettent aussi de décrire l'évolution des comportements de dépendance. Ceci conduit à considérer la dimension temporelle et évolutive des comportements de dépendance comme le soulignent toutes les données nationales et internationales. C'est sur cette temporalité des comportements que souhaite mettre l'accent l'intercommission n°4 de l'INSERM (Parquet).

La définition de la dépendance de l'Organisation mondiale de la Santé, CIM 10 (1992) :

Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

Au moins trois des manifestations suivantes sont présentes en même temps au cours de la dernière année :

a) désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;

- b) difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation au niveau de l'utilisation) ;
- c) syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance, ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
- d) mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
- e) abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
- f) poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

Cette définition, plus simple, est tout autant utilisée que la précédente dans les études et les recherches que dans les évaluations diagnostiques.

Ces deux définitions posent nettement la dépendance comme une entité psychopathologique et comportementale en rupture avec le fonctionnement banal et habituel du sujet. Il s'agit là d'un trouble mental, celui-ci étant à considérer au travers de ses caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et éthiques, comme tous les troubles mentaux. Cette définition a aussi le mérite de donner du sens à ce comportement.

II.1.2 - L'abus, ou usage nocif, de substances psychoactives

L'abus (DSM), ou l'usage nocif (CIM), est caractérisé par une consommation susceptible d'induire des dommages dans les domaines somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou à distance : les autres, la société.

Les dommages liés à la consommation de substances psychoactives peuvent être liés à la fois :

- aux substances elles-mêmes,
- aux modalités de la consommation,
- aux comorbidités aggravées par la consommation,
- au contexte social ou culturel.

L'abus selon le DSM IV (1994) :

A - L'abus est un mode d'utilisation inadéquat d'une substance, conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, et caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

- 1 - Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères) ;
- 2 - Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance) ;
- 3 - Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance) ;
- 4 - Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B - Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

L'utilisation nocive pour la santé selon le CIM 10 (1992) :

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

Dans ces définitions, on met l'accent sur le fait que les dommages ne doivent pas être réduits à ce qu'on appelle classiquement les dommages

sanitaires, mais doivent être étendus aux dommages psycho-affectifs, professionnels, familiaux, sociaux et économiques.

II.1.3 - L'usage : comportement ou pathologie, un choix pour la prévention

De la même manière que pour l'abus, le caractère licite ou illicite n'est pas pris comme critère. L'usage est caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complication ni dommage. Cela voudrait dire que l'on pose comme fondement théorique l'existence d'un comportement régulier ou non de consommation de substances psychoactives qui n'entraînerait pas de dommages. Cette opinion se répand dans certaines couches de la population et dans certains pays.

Un grand nombre de données cliniques qui valident cette hypothèse ont été publiées dans la littérature nationale et internationale. Une telle définition implique que l'usage ne saurait être considéré comme relevant d'une problématique pathologique nécessitant des soins, alors que l'abus et la dépendance sont obligatoirement inscrits dans des problématiques de prise en charge sanitaire et sociale.

Cette opinion est loin d'être partagée par tous. Comme pour l'alcool, en France, elle conduit à penser qu'il peut y avoir un usage réglé qui pourrait être sans dommage, ceci ne tenant naturellement pas compte des dommages liés aux conséquences du caractère illicite de la consommation de telles substances. Cette conception n'est acceptée comme telle, en France, ni par l'ensemble de la population ni par la plus grande partie des experts ; elle fait l'objet d'une forte controverse scientifique, politique et culturelle.

II.2 - Pertinence des concepts d'usage, d'abus et de dépendance

Cette distinction entre trois types de comportement apparaît comme justifiée et opératoire pour la communauté scientifique. Cependant, elle n'est pas partagée par tous dans son intégralité et elle nécessite certaines pondérations.

II.2.1 - Le comportement de dépendance est la catégorie de comportements qui apparaît comme la plus validée. Elle est clairement définie par des critères cliniques et neurobiologiques, même si la diversité des références théoriques accentue la pertinence de tel ou tel critère par rapport à d'autres. La communauté scientifique s'accorde pour donner une réalité forte à ce concept, et, selon elle, la dépendance se distingue clairement de l'usage et de l'abus, ou usage nocif.

Pour d'autres, le concept de dépendance trouverait sa validation, non pas seulement par rapport aux critères du comportement "dépendance", mais par rapport à la nature des actions pharmacologiques des substances employées.

II.2.2 - La distinction entre usage et abus (ou usage nocif) est elle validée et légitime ?

Pour beaucoup, cette distinction n'est pas légitime. Tout usage de substances psychoactives fait courir un risque au consommateur soit en modifiant son fonctionnement, soit à cause des activités pharmacologiques de la substance, soit à cause des modalités de son obtention ou de sa consommation. Tout usage serait un usage nocif d'emblée ou à terme. C'est à partir de cette conception et à partir d'autres arguments qu'est établie l'interdiction légale de la consommation de substances psychoactives.

Cependant, les données cliniques décrivent une consommation de substances psychoactives n'entraînant pas de dommages pour la personne, à condition que celle-ci tienne compte de la nature des produits consommés, qu'elle gère les modalités de la consommation, qu'elle ne consomme que certaines substances psychoactives. Certains s'appuient sur ces données pour défendre l'idée selon laquelle les définitions réglementaires et législatives devraient être modifiées car, pour eux, ce sont elles qui seraient à l'origine des dommages encourus plutôt que l'action des produits eux-mêmes.

Ces deux positions extrêmes s'affrontent au sein des milieux professionnels, des dispositifs de soins et de la population. La distinction faite par les grands organismes internationaux entre usage et abus, ou usage

nocif, pose explicitement le fait qu'il pourrait y avoir pour certaines substances et certaines modalités de consommation, une consommation sans risque et non dommageable pour la personne. Cette affirmation justifie les politiques de certains pays en matière de drogue. Elle sous-tend la proposition de dépénalisation ou de légalisation de l'usage de certaines substances psychoactives. Un très grand nombre de pays contestent vigoureusement cette affirmation, ce qui les amène à réglementer ou à interdire la consommation des substances psychoactives inscrites au tableau des stupéfiants.

La question de la dangerosité des comportements de consommation de substances psychoactives est posée de manières très diverses. Celle-ci peut être attribuée au génie pharmacologique des molécules : certaines substances apparaissent à tous comme pourvue d'une dangerosité extrême. La question se pose alors de déterminer la nature de la dangerosité et les méthodes nécessaires et fiables pour évaluer leur dangerosité. Certaines substances apparaissent comme n'ayant pas de potentialités pharmacologiques fortes pour induire un comportement de dépendance, mais seraient susceptibles de provoquer des dommages par leur mode de consommation, par les conditions de leur obtention et par les caractéristiques du consommateur. On insiste alors sur le fait que la dangerosité ne tient pas seulement aux activités pharmacologiques des molécules mais est liée aux caractéristiques du consommateur et à des déterminants économiques et culturels associés. Il y aurait là un objectif spécifique de prévention.

On peut affirmer que la consommation de n'importe quelle substance psychoactive - même l'alcool, la substance psychoactive la plus consommée en France - peut exposer la personne à des risques. C'est pourquoi, il convient de placer les pratiques consommatoires de substances psychoactives dans le cadre des comportements et conduites à risque.

II.3 - Diversité ou unicité des comportements de consommation de substances psychoactives : les conduites addictives

La distinction classique faite à partir du critère "produit" aboutit à distinguer l'alcool et les conduites d'alcoolisation, le tabac et le tabagisme, les médicaments psychotropes et leur mésusage, les "drogues illicites" et les "consommations de drogues". La distinction nouvelle entre usage, abus et dépendance permet alors de regrouper les comportements de consommation de l'ensemble des substances psychoactives sous une même rubrique.

Actuellement, la communauté internationale propose de regrouper les comportements de consommation de toutes les substances psychoactives en un seul ensemble, pour deux raisons : toutes les substances sont des substances psychotropes agissant sur un ou plusieurs neuromédiateurs pour modifier le comportement des consommateurs, d'où le vocable de comportement de consommation de substances psychoactives. En second lieu, le comportement de dépendance présenterait les mêmes caractéristiques cliniques, et utiliserait les mêmes mécanismes neurobiologiques, quel que soit le produit qui l'aurait induit.

La réalité neuro-bio-pharmacologique sous-tendant un comportement spécifique de dépendance a progressivement conduit à individualiser le comportement de dépendance, quelle qu'ait été la substance qui a initialisé ce comportement, et a ainsi ouvert le champ à la notion de conduites addictives.

L'addiction est, selon Goodman, le processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par (1) l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et (2) sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

Critères diagnostiques du troubles addictif (Goodman, 1990) :

- A - Impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans un comportement spécifique,
- B - Tension interne croissante avant d'initier le comportement.
- C - Sentiment de plaisir ou de soulagement en entreprenant le comportement.
- D - Sentiment de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement.
- E - Au moins cinq des manifestations suivantes :

- 1 - préoccupations fréquentes pour le comportement ou les activités préparatoires à sa réalisation,
- 2 - fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée,
- 3 - efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement,
- 4 - temps considérable passé à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets,
- 5 - réalisation fréquente du comportement lorsque des obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies,
- 6 - d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement,
- 7 - poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques, ou physiques, persistants ou récurrents, déterminés par le comportement,
- 8 - tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré, ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité,
- 9 - agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi.

F - Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

Le comportement de dépendance et l'ensemble des conduites d'addiction représentent l'objet spécifique de soins et de prévention, indépendamment de la substance qui les a induits. Prévenir l'évolution de l'usage vers l'abus et la dépendance doit être considéré comme un objectif de prévention primaire, même si on considère l'usage comme non pathologique ou non dommageable dans certains cas.

D'autre part, ce comportement de dépendance et ces conduites addictives peuvent se retrouver chez des personnalités n'ayant pas consommé de substances psychoactives. C'est ce que l'on appelle les dépendances sans drogue. Assimiler d'autres dépendances aux dépendances de substances psychoactives a contribué à modifier la conception que nous avons des dépendances et à proposer une approche plus globale du comportement sans tenir compte des substances utilisées. Le champ unifié des dépendances a été l'objet de multiples débats. Il justifie en grande partie une prévention globale ou générale.

L'évolution des comportements de consommation de substances psychoactives confirme cette conception unifiée des comportements de consommation. Assurément, certains consommateurs s'en tiennent à une seule substance psychoactive. Mais, dans le même temps, les enquêtes épidémiologiques et les données de la clinique confirment l'existence de personnalités consommant une substance psychoactive puis une autre, ou avec une autre. La consommation de tabac, qui, la plupart du temps, représente avec l'alcool la première substance psychoactive consommée, est un bon indicateur d'une probabilité plus forte de devenir consommateur d'autres substances psychoactives, d'autant plus que ces consommations de tabac et d'alcool sont survenus chez des sujets plus jeunes. De très nombreux consommateurs deviennent ainsi au cours du temps des polyconsommateurs de substances psychoactives.

Dans notre pays, deux courants cohabitent. Le premier envisage d'un côté les consommations de drogue illicites, d'alcool, de tabac et de médicaments, et n'inclue pas dans ce domaine les comportements addictifs sans drogue. Le second courant élargit les comportements addictifs aux troubles des conduites alimentaires, au jeu pathologique et aux addictions sexuelles, tout en ne méconnaissant pas leur diversité et leurs singularités cliniques et comportementales. Ceci devrait avoir pour conséquence que les actions de prévention ne soient plus uniquement centrées sur les produits comme seules causes de la toxicomanie.

Une conception plus vaste de la prévention prévaut aujourd'hui. Il semble efficace de prendre le comportement de consommation de l'ensemble des substances psychoactives comme objet de la prévention. Celle-ci se donne pour but de modifier les comportements présentant un risque pour le sujet ou susceptibles d'induire des dommages. Dans ce cadre, c'est vers une prévention générale que l'on s'oriente, et c'est cette orientation que le présent document recommande. Une conception générale des conduites addictives doit servir de base conceptuelle à l'ensemble des actions de prévention.

Compte tenu du statut moral et juridique des substances psychoactives, ainsi que du caractère social et culturel de leur consommation, le terme de pratiques consommatoires de substances psychoactives est proposé. Le statut moral et légal de la consommation de substances psychoactives,

comme l'a démontré le Comité national d'Éthique en 1994, ne repose ni sur des critères cliniques ni sur des critères neurobiologiques, mais dépend des critères socioculturels et éthiques.

III - Les modèles basés sur les déterminants psychopathologiques

Les travaux cliniques actuels soulignent que l'ensemble des consommateurs de substances psychoactives, inscrits dans des comportements d'usage, d'abus ou de dépendance, présente plus fréquemment des troubles de la personnalité et des troubles psychopathologiques que l'ensemble de la population.

L'Epidémiological Catchment Area menée dans cinq villes des États-Unis à partir du dispositif de santé, et portant sur 20 000 consultants âgés de plus de 18 ans relève que 22 % des patients ont, à côté d'un diagnostic de trouble mental, un diagnostic de "toxicomanie", selon le DSM III. Moins d'un tiers des consommateurs de substances psychoactives ont une comorbidité pour l'anxiété et la dépression avant l'âge de 20 ans. Burke, en 1991, a mis en évidence la forte corrélation, dans l'étude ECA, entre l'âge de début du trouble dépressif et la consommation de substances psychoactives.

En population générale, de nombreux auteurs ont établi un lien entre l'usage de drogues et la présence de troubles mentaux. Lavik et Onstad avaient, dès 1987, montré que les élèves norvégiens des classes secondaires présentaient deux fois plus de pathologies mentales lorsqu'ils étaient usagers de drogues. Wunder et Hacin, en 1992, ont rapporté le taux le plus élevé, 89 %, de diagnostic secondaire de troubles psychiatriques chez les usagers de drogues. Meyer, en 1986, avait suggéré six possibilités d'association d'usage de drogues et de trouble mental :

- 1 - le trouble mental est la conséquence de la consommation,
- 2 - le trouble mental modifie l'évolution des pratiques consommatoires,
- 3 - la consommation de drogues est secondaire à un trouble mental ou à un trouble de la personnalité,

4 - la consommation de drogues modifie l'évolution du trouble mental,

5 - le trouble mental et la consommation de substances psychoactives sont l'expression de la même vulnérabilité,

6 - le trouble mental et la consommation de drogues n'ont aucune relation mais coexistent simplement.

Quels sont les troubles comorbides les plus souvent diagnostiqués chez les consommateurs de substances psychoactives ?

Les dépressions majeures unipolaires sont le plus souvent retrouvées, et c'est dans ce cadre que la fréquence élevée des suicides chez les "toxicomanes" a été le plus souvent évoquée. Si les données épidémiologiques sont nombreuses sur ce point, les données explicatives sont moins pertinentes.

En ce qui concerne **les dépressions bipolaires**, si leur prévalence en population générale tourne suivant les études entre 1 et 2 % de la population, neuf études au moins montrent des prévalences de l'ordre de 1,9 à 30 % chez les consommateurs de substances psychoactives. Brady et Lydiard, en 1992, retrouvent dans leurs études successives des taux allant de 21 à 51 %. Il semble que la cocaïne serait plus électivement recherchée par les patients bipolaires.

Les troubles anxieux sont très nettement comorbides avec la consommation d'alcool et le seraient moins avec des substances comme l'héroïne et la cocaïne.

Une place particulière doit être faite à la fréquence de **l'anxiété de séparation** au cours de l'enfance chez les futurs consommateurs de substances psychoactives. Cette comorbidité repérée sur la vie entière est intéressante, cependant, on la retrouve aussi dans le cadre des autres troubles anxieux et dans les troubles dépressifs majeurs.

La comorbidité, consommation de substances psychoactives et **désordre des conduites**, se retrouve avec une fréquence élevée ; cependant, elle n'est pas spécifique à la "toxicomanie" et se retrouve dans d'autres troubles mentaux.

L'hyperactivité avec trouble déficitaire de l'attention est considérée soit comme un facteur déterminant à très haut risque de consommation de substances psychoactives dans le cadre de la théorie de l'auto-traitement, soit seulement comme un facteur favorisant dans un cas sur quatre. Cette

dernière hypothèse est la plus probable. L'utilisation thérapeutique du méthylphénidate (Ritaline), améliorant l'hyperactivité avec trouble déficitaire de l'attention, vérifierait l'existence de cette vulnérabilité.

Les désordres des conduites alimentaires, et en particulier la boulimie, sont dans une large proportion suivis par des conduites d'utilisation massive d'alcool, de médicaments et de drogues. Ceci est aujourd'hui une donnée classique.

Lors de la prise en charge par les thérapeutiques de substitution, on voit mieux apparaître les psychopathologies sous-jacentes qui avaient été masquées par l'activité des produits psychotropes.

Certains ont même construit la théorie de l'automédication. C'est-à-dire que certaines personnalités présentant des troubles mentaux seraient amenées à s'auto-traiter avec les "drogues du marché" ; cela validerait la théorie médicale visant à rendre compte des comportements de consommation de substances psychoactives chez certains consommateurs par l'existence d'une pathologie préalable à la consommation. Un grand nombre de programmes de soins et de programmes de prévention sont basés sur ces constatations. La prise en charge des pathologies inaugurales ainsi que leur prévention apparaissent comme indispensables aux succès des actions entreprises.

Cependant, de nombreux auteurs se refusent à affirmer un lien de causalité entre les troubles constatés et le comportement de consommation. On dit alors que le trouble est comorbide. Deux stratégies thérapeutiques doivent être mises en œuvre, deux objectifs de prévention doivent cohabiter, ceux qui ont trait aux troubles psychopathologiques et ceux qui ont trait au comportement de consommation de substances psychoactives.

De multiples études ont démontré que la personnalité du consommateur n'était pas sans présenter des difficultés et des singularités, et que certains troubles de la personnalité pouvaient induire une consommation de substances psychoactives, soit parce que la personnalité du sujet le rendait plus vulnérable à l'offre de substances psychoactives, soit parce que cette personnalité trouvait dans les substances psychoactives de quoi modifier son état psychologique ou psychopathologique.

Lorsqu'on centre l'intérêt sur les consommateurs de substances psychoactives et sur les facteurs psychopathologiques déterminants, on doit distinguer d'une part les traits de personnalité et d'autre part les organisations de personnalité. Les traits de personnalité les plus souvent rencontrés chez les consommateurs de substances psychoactives sont au nombre de quatre dans la plupart des études :

- la recherche de sensations fortes suivant les critères mis en place par Zuckermann,
- le comportement d'inhibition et de maîtrise,
- une hypersensibilité au comportement de récompense,
- la recherche de nouveautés.

Ces traits de personnalité sont régis par trois systèmes de neurotransmetteurs, avec entre eux des régulations croisées. C'est pourquoi, il a été suggéré que des dysfonctionnements à ce niveau confèraient une vulnérabilité plus grande aux substances psychoactives. L'agressivité a été repérée comme un trait de personnalité prédictif de futures consommations. Mais ceci a été moins bien établi.

Les études les plus nombreuses concernent les organisations de personnalité qui précèdent le plus souvent les conduites de consommation de substances psychoactives. Les personnalités le plus souvent retrouvées sont les personnalités antisociales et les personnalités dépendantes.

Critères Diagnostiques de la personnalité antisociale (DSM IV):

A - Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :

- 1) incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation ;
- 2) tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries ;
- 3) impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance ;
- 4) irritabilité ou agressivité, indiquée par la répétition de bagarres ou d'agressions ;
- 5) mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui ;
- 6) irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières ;

7) absence de remords, indiquée par la fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui ;

B - Âge au moins égal à 18 ans ;

C - Manifestations d'un trouble des conduites débutant avant l'âge de 15 ans ;

D - Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie ou d'un épisode maniaque.

Critères diagnostiques de la personnalité dépendante (DSM IV) :

Besoin général et excessif d'être pris en charge, qui conduit à un comportement soumis et "collant", et à une peur de la séparation, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- 1) le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui ;
- 2) a besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie ;
- 3) a du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation. NB : ne pas tenir compte d'une crainte réaliste de sanctions ;
- 4) a du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie) ;
- 5) cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables ;
- 6) se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller ;
- 7) lorsqu'une relation proche se termine, cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin ;
- 8) est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul.

Dans cette perspective, l'accent est mis sur les traits de personnalité ou sur l'organisation de la personnalité du consommateur. La démarche préventive consistera donc à identifier ces personnalités à risque et à promouvoir plus spécifiquement des actions en direction de ces populations.

D'autre part, la constatation de ces traits de personnalité et de ces personnalités "pathologiques" a pu également fournir des arguments à ceux qui ont mis l'accent sur les déterminants environnementaux à l'origine des comportements de consommation, car ces traits et organisations de personnalité confèrent à une personne des styles de vie et de relation avec l'environnement social qui induisent des facteurs de vulnérabilité.

La communauté scientifique internationale admet actuellement que les troubles mentaux, les organisations pathologiques de la personnalité et certains traits de personnalité sont présents chez un grand nombre de consommateurs de substances psychoactives, qu'il s'agisse pour ces consommateurs d'usage, d'usage nocif ou de dépendance. En France, certains intervenants en toxicomanie sont encore réticents à admettre ces faits. Cela retentit sur les modalités de la prise en charge. En ce qui concerne la prévention, cela a des conséquences graves car cela amène à négliger l'action sur ces aspects psychopathologiques comme facteurs de vulnérabilité conduisant aux consommations. Ces faits sont négligés aussi par ceux dont la conception des "toxicomanies" les amènent à poser ces comportements de consommation comme uniquement déterminés par les facteurs environnementaux.

Avant de clore ce chapitre, une remarque s'impose : on ne place pas ici les troubles psychopathologiques induits par les molécules elles-mêmes et dont l'exemple le plus caractéristique est représenté par les pharmacopsychoses.

IV - Les modèles basés sur les déterminants environnementaux

Ces modèles ont largement contribué aux conceptions actuelles qui rendent compte de la toxicomanie, de la nature de l'aide et des soins, ainsi que des programmes de prévention.

IV.1 - Les modèles psychosocial et socio-culturel

Servant de base à la plupart des actions de prévention, deux autres modèles ont été proposés afin de déterminer les objectifs et les stratégies de

prévention. Ils ont encore toute leur place et leur validité à condition qu'ils ne soient pas les seules références utilisées.

Le modèle psychosocial et le modèle socio-culturel reposent sur l'interaction entre le sujet et l'environnement. Les facteurs appartenant au sujet et les facteurs appartenant à son environnement ne pourraient à eux seuls conduire aux comportements de consommation de substances psychoactives. C'est leur rencontre qui déclenche le comportement de consommation de substances psychoactives. Dans le modèle psychosocial on privilégie les facteurs qui appartiennent au sujet, dans le modèle socio-culturel ceux qui appartiennent au milieu.

Dans le premier, les actions de prévention auront pour "cible" les facteurs qui appartiennent au sujet, dans le modèle socioculturel ceux qui appartiennent au milieu, sans que l'on perde de vue que c'est leur interaction qu'il convient de modifier. Ces modèles psychosocial et socio-culturel ont une grande place dans les conceptions que nous avons de la "toxicomanie" et ont permis de construire des modèles de prévention centrés sur l'individu en interaction avec la société.

Mais comment caractériser les déterminants psychosociaux à l'origine des comportements de consommation ?

Cette conception est très pertinente, même si elle n'a pas permis d'obtenir toutes les réussites qu'on pouvait escompter. C'est probablement parce qu'il est très difficile d'identifier les facteurs interagissant entre eux.

Identifier les facteurs psychosociaux qui influencent le comportement général des personnes et un comportement en particulier constitue un préalable indispensable. Cela est très délicat car aucun facteur par lui-même n'est susceptible de provoquer le comportement de consommation dans le cadre d'une causalité spécifique directe. Au minimum, c'est parce qu'il y a la rencontre de ce facteur avec l'offre du produit que sa potentialité d'induction du comportement de consommation s'actualise. Prenons deux exemples : à la période de l'adolescence, si l'adolescent a certains goûts pour la conformité aux comportements, aux choix, aux valeurs, aux modes de vie communs à son groupe d'âge, et s'il se trouve placé dans un groupe de personnes de son âge qui ne consomment pas, ce facteur le conduira à

refuser l'offre de substances psychoactives ; par contre, s'il se trouve plongé dans un milieu où la majorité de ses proches consomment, il y a de fortes chances pour qu'il devienne consommateur de substances psychoactives.

Si un adolescent a développé des habiletés sociales importantes s'exprimant dans des activités et des relations multiples et diversifiées à la fois dans sa famille et à l'extérieur de sa famille, il a actuellement, compte tenu de la banalité de l'offre de substances psychoactives, plus de chances qu'un autre de se voir confronter à l'offre de produits et éventuellement à devenir consommateur. Si, par contre, ses habiletés sociales sont moindres et si la consommation de substances psychoactives n'est pas le fait de son milieu, il a moins de chances de développer des comportements de consommation. Être capable d'habiletés sociales diversifiées représente dans notre culture un gage probable de réussite, mais on voit que dans ces conditions le développement d'habiletés sociales peut aussi avoir l'effet inverse. Ceci démontre clairement le caractère non spécifique des facteurs qui sont identifiés dans le cadre des modèles psychosocial et socio-culturel. Ce qui vient d'être dit a été repris dans les théories du modelage social des conduites, de la conformité sociale et de la congruence sociale.

Compte tenu de l'absence de spécificités des déterminants identifiés, comment justifier la pertinence de certains facteurs ? Il convient pour cela, non seulement de les repérer en tant que tel mais, de plus, d'en déterminer leur valeur fonctionnelle, leurs modalités d'action. La démarche identificatoire est ici qualitative, elle dépend largement des représentations que l'on a du phénomène dont on étudie les déterminants : quand on pensait que la "toxicomanie" était l'apanage des élites, artistes, intellectuels, leaders d'opinion, cette qualification sociale était retenue ; maintenant, la "toxicomanie" s'étant "démocratisée", l'appartenance à une classe sociale défavorisée sera retenue comme facteur pertinent.

Les modèles psychosocial et socio-culturel conduisent non seulement à identifier leurs natures mais aussi leur mode de fonctionnement. Malgré le caractère non spécifique de la plupart de ces facteurs, certains apparaissent plus pertinents.

On commence dans un premier temps à identifier les facteurs qui appartiennent au sujet. Ils sont très nombreux et n'ont aucun caractère de

spécificité quant à l'occurrence des comportements de consommation de substances psychoactives. Ils ne sont rien d'autres que des facteurs de vulnérabilité.

Dans cette démarche, on constate que les différents âges de la vie sont inégalement affectés par les facteurs de vulnérabilité. La période de l'adolescence représente la période de la vie la plus vulnérable. Les changements psychologiques, émotionnels, affectifs et cognitifs qui marquent cette période rendraient l'adolescent et l'adolescente plus vulnérables à l'éventualité d'un comportement de consommation de substances psychoactives si l'offre leur en est faite. C'est ce qui justifie les politiques d'action visant à réduire l'offre et le trafic. Les constatations cliniques et épidémiologiques valident fortement cette théorie. Celle-ci est en accord avec les théories développementales qui rendent compte du développement de la personnalité du sujet et qui individualisent des stades successifs du développement. Mais, si les périodes de l'enfance et de l'adolescence sont des périodes de plus grande vulnérabilité aux actions de l'environnement, il ne faut cependant pas négliger d'autres périodes de la vie ; en effet, on constate de plus en plus souvent le début des comportements de consommation vers 40-50 ans, tout particulièrement de consommation de substances psychoactives "officielles", les médicaments psychotropes.

La littérature française et la littérature internationale individualisent de manière cohérente certains facteurs de vulnérabilité de première importance :

- la dépendance par rapport à l'environnement,
- la pauvreté des relations affectives,
- les discontinuités dans la vie relationnelle,
- l'angoisse de séparation,
- la pauvreté de la pensée conceptuelle,
- l'intolérance à la frustration,
- la perception négative de sa personne et de ses compétences,
- l'incapacité à différer la satisfaction aux besoins,
- la suggestibilité, la sensibilité aux pressions sociales,
- l'incapacité à s'adapter aux stress sociaux,
- l'agressivité,
- la recherche de comportements nouveaux,

- la peur d'être rejeté,
- les réactions de prestance,
- l'incapacité à tirer profit de l'expérience,
- l'incapacité à penser que l'on peut peser sur sa propre vie et sur l'environnement,
- le goût pour la transgression,
- la difficulté à rechercher et à demander de l'aide (*Coping*),
- la difficulté à trouver en soi l'aide nécessaire (*Coping*),
- la difficulté à trouver des relations satisfaisantes dans la famille, avec les autres générations, avec l'environnement.

On peut à l'envi repérer d'autres facteurs dans la littérature.

On cherche à identifier les facteurs appartenant à l'environnement du sujet qui auraient un rôle déclenchant dans le comportement de consommation, comme avoir une famille dans laquelle les consommations sont habituelles, vivre dans un environnement familial instable et carencé, être dans une situation scolaire ou sociale d'exclusion et de marginalisation, etc. Ces facteurs ne sont pas suffisants par eux-mêmes pour déclencher un comportement de consommation. Cette démarche consiste aussi à identifier des populations en fonction de différents facteurs et à les prendre comme cible des actions de prévention et, par voie de conséquence, à développer des objectifs populationnels spécifiques.

La seconde partie de la démarche consiste à décrire les configurations prises par ces facteurs. C'est sur ces configurations que les actions de prévention portent. C'est pourquoi la prévention a pris des formes si multiples, car tous les types d'interactions de ces facteurs sont susceptibles d'être modifiés par des actions de prévention elles-mêmes très diversifiées. Toute action sur ces interactions est susceptible d'être efficace. C'est à partir de cette démarche qu'ont été multipliés les objectifs et les modalités de la prévention. Cela peut conduire à des actions dont l'efficacité est difficile à mesurer. La validité des objectifs est difficile à démontrer.

Cette démarche est légitime dans son ensemble, mais chaque action menée n'a pas obligatoirement d'efficacité directe sur le phénomène observé. Au nom de cette démarche, certains peuvent estimer que tout et n'importe quoi a été tenté.

Le modèle psychosocial sous-tend la majorité des politiques de prévention. Il a le mérite de mettre l'accent sur le lien qui unit le sujet à son environnement. Les théories systémiques ont conceptualisé très clairement cette démarche. Préserver les liens variés qui unissent le sujet à sa famille, au groupe des pairs, aux institutions, à la communauté, préserver les repères humains, favoriser de nombreuses relations très diversifiées, accentuer les liens transgénérationnels et les liens avec la culture représentent alors des objectifs de prévention. Le développement des comités d'environnement social dans les établissements scolaires, la création de points écoute jeunes, écoute parents, l'intensification des actions d'animation par le sport, la culture et les loisirs se fonde majoritairement sur cette démarche.

IV.2 - La théorie des facteurs sociaux pathogènes

La théorie des facteurs sociaux pathogènes est tout autre. Elle cherche à identifier les déterminants sociaux susceptibles par eux-mêmes de produire des comportements de consommation de substances psychoactives soit directement soit indirectement. Il se situe dans une problématique de la causalité. Le comportement de consommation de substances psychoactives est défini comme une sociopathie.

Dans sa forme la plus radicale, cette théorie fait l'impasse sur la vulnérabilité ou les difficultés du sujet, mais aussi sur ses capacités d'auto-protection. Il serait trop long de lister ici tous les dysfonctionnements sociaux qui ont leur part dans le cadre de ce modèle. Ils dépendent beaucoup du choix du modèle qui est utilisé pour comprendre le phénomène des comportements de consommation de substances psychoactives.

Les actions de prévention qui en découlent font appel à la place que tiennent dans le fonctionnement social de chacun d'entre nous la conformité sociale, l'appartenance sociale et les modelages identitaires au sein des groupes. Les aléas de ces processus seraient à l'origine des comportements de consommation de substances psychoactives, des comportements à risque et des comportements sociaux en général. Ces

actions préventives, en tout état de cause, s'inscrivent dans le cadre d'une prévention plus générale que spécifique.

Tout récemment, à partir des théories classiques du conditionnement social des comportements, on a suggéré qu'un comportement social pouvait avoir par lui-même une action conditionnante sur d'autres comportements dans des domaines autres que celui du comportement initial. C'est ainsi qu'on a montré que l'incarcération pour consommation de drogues illicites conférait aux "toxicomanes" une identité forte renforçant les comportements de consommation. Les comportementalistes ont démontré qu'un comportement qui se répète s'auto-renforce et peut renforcer des comportements annexes. Il en serait de même des représentations sociales qui, partagées par le sujet, renforceraient tel ou tel comportement.

À la suite de Kandel, a été mise au point une description des stades successifs marquant la consommation, de l'usage à la dépendance, ce qui assimilerait les pratiques consommatoires à un comportement social réglé. Toutes ces théories mettent l'accent sur les facteurs environnementaux et sur les interactions avec la personne.

Un certain nombre de consommateurs de substances psychoactives, mais aussi d'acteurs de la vie sanitaire et sociale, contestent l'idée que la consommation de substances psychoactives est liée à une pathologie, même s'il faut mettre à part la dépendance et les dommages liés aux modalités de consommation. L'usage de substances psychoactives serait considéré comme un comportement social non inscrit dans une problématique psychopathologique mais dans une problématique socio-culturelle. Les actions de prévention visant à modifier les comportements de consommation de substances psychoactives devraient alors être construites en direction de la société et devraient permettre de développer les capacités de chacun à vivre dans une société donnée, à y trouver sa place, à y jouer un rôle en fonction de ses désirs et des exigences sociales.

La prévention aurait alors pour but de modifier la société afin qu'elle puisse donner à chacun la capacité et les moyens de mener à bien sa vie. Augmenter les compétences du sujet à vivre en société, mais surtout rendre la société plus favorable à l'individu représenteraient les objectifs à atteindre.

À partir de là se développe une nouvelle démarche de santé publique qui inclut les politiques de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives dans une problématique plus vaste en direction non seulement des personnes, des groupes et des populations spécifiques vulnérables ou non, mais aussi, avec l'objectif de modifier profondément le fonctionnement social.

V - Le statut légal des substances psychoactives et ses effets

Si l'usage est bien caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complication ni dommage, il ne relève pas d'une problématique de soins mais d'une problématique de prévention, car il s'agit d'une conduite à risque. Et c'est sous cet angle que ce comportement d'usage devrait être abordé en matière de prévention.

Dans cette hypothèse, le statut légal des substances psychoactives intervient pour modifier la nature des actions de prévention suivant que l'on décide que certaines substances psychoactives sont licites et d'autres illicites. Comment, si on considère l'usage comme seulement une pratique à risque, prendre en compte le caractère délictueux de cette pratique ? La prévention des pratiques à risque consiste à rendre le sujet compétent afin d'empêcher l'occurrence des risques d'une part, et à faire cesser la pratique à risque d'autre part. Il y a là une cohérence avec les actions menées par rapport aux autres conduites à risque. Cependant, lorsqu'on déclare illicite une substance psychoactive, et délictueux le comportement de consommation, on change d'ordre, on définit l'usage comme une conduite délictueuse ou déviante. Les deux objectifs qui s'imposent alors sont de sanctionner le délit et d'arrêter la conduite délictueuse, mais par des actions qui ne sont pas les mêmes que celles utilisées dans la prévention sociale et sanitaire.

De la même manière, si l'abus et la dépendance sont caractérisés médicalement, à plus forte raison le sont-ils légalement. En ce qui concerne l'abus et la dépendance, si l'on souhaite faire une différence entre les problématiques sanitaires et législatives, cela nécessite une démarche particulière, celle qui est à l'origine de la Loi de 1970.

Si l'on considère l'usage de substances psychoactives comme seulement une conduite à risque, car non identifiée comme maladie ou déviance, l'objet de la prévention primaire ne concernera pas le comportement d'usage de substances psychoactives, mais seulement ses conséquences dommageables. Cela va à l'encontre de la conception de la Loi de 1970, qui considère déjà l'usage comme une pathologie, selon un raisonnement qui consiste à dire que l'usage va conduire inéluctablement à l'abus et à la dépendance. Il est actuellement démontré que, pour un certain nombre de substances psychoactives et pour un certain nombre de consommateurs, il n'y a pas inéluctablement une évolution de l'usage vers l'abus et la dépendance. On voit là la contradiction entre les aspects comportementaux et les aspects politico-juridiques. Si l'on considère l'usage de substances psychoactives comme n'étant pas un trouble sanitaire ou social, l'objectif de la prévention consistera à rendre l'usager de substances psychoactives capable de ne pas évoluer vers l'abus et la dépendance. On peut ainsi résumer les choix en matière de prévention primaire :

- prévenir la rencontre de la personne avec les produits,
- prévenir le passage de l'usage à l'abus et à la dépendance,
- prévenir les complications de l'usage et de l'abus de substances psychoactives.

Considérer l'usage comme seulement une conduite à risque implique donc des objectifs de prévention très clairs, mais si par ailleurs il s'agit d'une conduite délictueuse la problématique est tout autre.

Cette démarche est incompatible avec les idées antérieurement développées mais deviennent pertinentes si l'on se réfère au concept de santé.

L'interaction entre le statut sanitaire, le statut social et le statut légal des comportements de consommation de substances psychoactives n'est pas sans poser de gros problèmes. Suivant que l'on considère qu'il y a ou non interaction, les places réciproques de la loi, de l'aide et du soin divergent grandement et, par voie de conséquence, donnent lieu à des problématiques préventives radicalement différentes.

Le fait de déclarer qu'une consommation de substances psychoactives est illicite ou illégale repose aussi sur le pouvoir qu'une société se donne pour limiter le droit de ses membres à choisir leur comportement pour échapper

au lot commun des joies, des peines, des tâches et des frustrations. L'usage de ces substances est perçu par la société comme une volonté d'échapper à la commune mesure, de se dispenser de l'adaptation nécessaire aux devoirs vis-à-vis de soi-même et vis-à-vis de la société. Le consommateur de substances psychoactives s'éloigne non seulement de ses concitoyens mais, de plus, il conteste ou met en doute les stratégies et les moyens de défense et d'adaptation de la société à laquelle il appartient. Il déclare ainsi que les exigences sociales et morales ne sont, pour lui, ni pertinentes ni efficaces, mais aussi et surtout qu'il ne souhaite ni prendre place dans cette société, ni être aidé par la société et ses concitoyens, enfin, qu'il souhaite vivre suivant ses propres normes. La société le déclare donc déviant et rebelle, et donc dangereux pour lui et pour les autres.

Le fait de déclarer une consommation de substances psychoactives illicite stigmatise les consommateurs non seulement comme consommateurs mais aussi comme opposants au système et s'inscrivant dans une problématique sociale et culturelle différente allant quelquefois jusqu'au prosélytisme pour une "nouvelle société". Une néosociété serait ainsi proposée par "le peuple des toxicomanes" dans le cadre d'une culture "toxicomane" initiatrice d'une nouvelle société. Une nouvelle manière de vivre s'installe, aboutissant à un comportement social réglé. Il y a alors juxtaposition de deux communautés qui interagissent.

Toutefois, la consommation de substances psychoactives devenant la caractéristique d'un nombre de plus en plus élevé de nos concitoyens, la communauté des consommateurs de substances psychoactives est de moins en moins marginale, et les comportements de consommation comme l'usage tendent à devenir une caractéristique du fonctionnement actuel d'une large partie de la population. La distinction ne se fait plus maintenant uniquement entre consommateurs et non consommateurs, mais entre, d'une part, non consommateurs et usagers non dommageables, et d'autre part, ceux qui présentent un comportement de consommation dommageable ou un comportement de dépendance par rapport aux substances psychoactives.

L'utilisation des thérapeutiques de substitution a donné plus de force à cette distinction car, grâce à elles, certains consommateurs de produits stupéfiants ne se voient plus conférer le statut de délinquant du fait même que les substances psychoactives seraient prescrites.

Enfin, si la loi n'est pas appliquée dans les faits et par des actes, ou appliquée mais de manière incohérente, la distinction entre consommateurs sans problème et consommateurs à problème pour eux-mêmes et pour les autres, apparaît nettement.

Tout ceci peut devenir incompréhensible pour les personnes. Cependant, on peut faire admettre dans les objectifs de la prévention que les comportements de consommation de substances psychoactives, et notamment l'usage, peuvent être à la fois une conduite délictueuse et une conduite à risque. C'est le "et" qui sera alors le troisième objectif de la prévention. Il existe par ailleurs de nombreux autres comportements de la vie quotidienne qui sont définis dans ces deux champs : la conduite automobile à grande vitesse et sans respect du code de la route représente une conduite à risque et une conduite délictueuse. Ce domaine est tout aussi difficile à gérer que celui des comportements de consommation de substances psychoactives.

Néanmoins, le cumul des statuts rend très difficile la construction d'une politique de prévention cohérente et efficace.

Le caractère illégal de la consommation possède aussi un rôle préventif dans les comportements de substances psychoactives, mais à la condition préalable suivante : l'efficacité de cet interdit dépendra des capacités du sujet à organiser sa vie par rapport à des lois, des règles préalablement intégrées dans d'autres domaines. Cela justifie l'attention portée aux processus éducatifs qui accompagnent le développement de l'enfant et de l'adolescent. Mais qu'en est-il pour ceux qui n'ont pas intériorisé les lois, les règles, la Loi ? D'autres actions diversifiées doivent alors être mises en place.

Chapitre II

LES MODÈLES DE LA PRÉVENTION

Les programmes de prévention reposent sur une théorisation des modes de prévention et des processus sur lesquels on souhaite intervenir. L'utilisation de tel ou tel modèle théorique détermine des programmes de prévention très divers qui peuvent être utilisés isolément ou conjointement. Il faut savoir identifier les modèles utilisés et leurs compétences, tel est l'objectif de ce chapitre, afin de savoir ce que l'on fait, au nom de quoi, comment et pourquoi.

Les modèles théoriques sur lesquels se basent les actions de prévention sont extrêmement nombreux. Les plus employés sont les suivants :

I - Le modèle des croyances relatives à la santé (*Health Belief Model*)

On doit à Rosenstock (1974) la mise au point du modèle des croyances relatives à la santé. Ce modèle repose sur le fait que chaque individu est capable de choisir des actions susceptibles de prévenir une maladie ou une situation dommageable du fait qu'il possède des connaissances minimales en ce qui concerne sa santé, et ceci dans la mesure où il considère la santé comme une dimension essentielle de sa vie. Les facteurs, qui conditionnent l'adhésion à des comportements de vie et de santé pour se garder en bonne santé, sont essentiellement représentés par l'idée que le sujet se fait de sa santé et par les moyens qu'il pense être utiles pour la conserver ou la restaurer.

Pour l'ensemble des Français (cf. baromètre santé CFES et étude du CREDOC pour le Haut Comité de la Santé publique), la santé apparaît comme une valeur essentielle, mais ceci n'est pas vrai pour tous, particulièrement pour les consommateurs de substances psychoactives ou les candidats à la consommation.

Les facteurs qui conditionnent l'adhésion à des comportements ou à des programmes de santé sont essentiellement représentés par la perception d'une menace pour la santé. Cette perception repose sur deux croyances

spécifiques : soit le sujet se sait potentiellement vulnérable, soit il perçoit que certains de ses modes de fonctionnement sont susceptibles d'entraîner pour lui un dommage. L'adhésion à des comportements ou à des programmes de santé est déterminée par la croyance en l'efficacité des actions à entreprendre pour modifier la probabilité d'apparition d'une maladie, pour faire disparaître un comportement préjudiciable ou pour adopter un comportement positif pour la santé.

Cependant, l'efficacité des actions à entreprendre est perçue de manières très différentes : les propositions de changement de vie vont-elles réduire ou faire disparaître une gêne ou un dysfonctionnement, vont-elles prévenir un état qu'on imagine ou qu'on vous affirme devoir survenir, vont-elles conduire à des gains de santé ou à des avantages, vont-elles induire des effets néfastes ou pervers ?

« Un tien vaut mieux que deux tu l'auras. » Certaines personnes n'imaginent pas ce que pourrait être leur vie s'ils modifiaient certains comportements préjudiciables pour en adopter d'autres. Développer la capacité anticipatoire apparaît alors comme un objectif.

« Le remède est pire que le mal. » Un grand nombre de personnes pensent que le nouveau comportement qu'on leur propose pourrait leur apporter plus d'inconvénients que d'avantages, non seulement lors de la phase de changement de comportement, mais aussi après. Être consommateur de substances psychoactives confère actuellement une identité sociale forte, propose des comportements socialement réglés, même si ils sont minoritaires, s'ils devaient changer, cela reviendrait à une perte d'identité et à ne plus savoir comment se comporter.

Prendre la décision de renoncer à un comportement dommageable pour la santé ou celle de choisir un autre comportement favorable à la santé dépend de la capacité du sujet à se projeter dans l'avenir après avoir fait l'analyse de la situation dans une problématique avantage/inconvénient, en adoptant des stratégies d'information et d'évaluation préalables à la prise de décisions.

Le modèle des croyances relatives à la santé a été appliqué à l'étude de nombreux comportements. Les limites de ce modèle sont liées au fait que

les actions préventives proposées aux personnes le sont sous l'angle exclusif des croyances liées à la santé ou à la maladie, sans considérer les autres motifs associés aux comportements, comme le goût de la congruence sociale, l'envie de se démarquer, la recherche d'identification spécifique... Cette théorie s'appuie sur l'idée qu'il convient de permettre à chaque individu de prendre les décisions éclairées en ce qui concerne sa santé. Elle donne donc lieu à une démarche visant à éclairer le sujet sur le comportement lié à la santé d'une part, et d'autre part sur la capacité à apprécier et évaluer les éléments constitutifs de ce comportement, à identifier d'autres comportements possibles et à faire un choix en fonction des avantages et des inconvénients d'un nouveau comportement.

On peut penser que la perception de la vulnérabilité et celle des conséquences du comportement représentent les deux objectifs préalables à toute action. Ces perceptions conduisent le sujet à avoir le désir de modifier son comportement et de ne pas en rester là. Puis, il s'agit de rendre perceptible les bénéfices susceptibles d'être obtenus par la modification du comportement, d'identifier la nature du changement devant être obtenu, d'avoir la capacité de mener à bien ce changement, et enfin de croire à l'efficacité de l'action entreprise. Ceci va déterminer la capacité d'adhérer à des propositions et à les intégrer à l'idée que l'on se fait de la santé. Il y a alors appropriation des démarches de santé.

II - La théorie sociale cognitive

« Il n'est personne qui, pour verser une liqueur d'un vase dans un autre ne les incline tous les deux, et n'adapte ensemble les ouvertures, afin que rien ne se répande. »

Plutarque

Bandura, en 1986, s'est intéressé à l'interaction entre les comportements reliés à la santé. Il les considère comme le résultat d'apprentissages à partir des propositions et des actions de la famille et de la société, c'est-à-dire de l'environnement du sujet.

Il est donc nécessaire d'aider la personne à identifier et à formuler ces comportements. Les soignants et les "préventologues" devront développer la capacité du sujet à expliciter ces comportements avant d'engager celui-ci dans une démarche de prévention et de soins. C'est ce qui justifie les groupes de parole et d'expression littéraire, artistique ou théâtrale.

Il est indispensable de faire comprendre en quoi le mode de vie du sujet est dommageable pour sa santé. Il doit être clairement et complètement informé, de manière neutre.

Pour qu'une personne puisse modifier les comportements dommageables pour la santé, il convient que les modifications suggérées et les propositions faites soient clairement explicitées de manière compréhensible pour le sujet et que l'on s'assure qu'elles ont été comprises.

La démarche suivante consiste à convaincre la personne de l'efficacité des changements proposés. Cette efficacité doit être appréciée en fonction des besoins et attentes de la personne, mais aussi en fonction des savoirs communément admis par les experts. L'acceptabilité des propositions dépend de leur adéquation aux besoins et attentes de la population.

Mais cela ne suffit pas, car la personne doit être convaincue de sa capacité à renoncer à certains comportements et à en adopter d'autres. Ceci permet de réaliser les actions programmées et de maintenir les nouveaux comportements ainsi appris. La croyance en sa propre compétence à réaliser un changement a un effet positif sur la pérennité du comportement nouvellement acquis.

La démarche qui sous-tend l'action de prévention visera donc à apprendre un nouveau comportement, à faire adhérer la personne à ce nouveau comportement, la convaincre de la validité de l'objectif visé. Le comportement, qui doit être appris pour obtenir le résultat désiré, peut provenir soit de l'environnement de la personne, soit des désirs, besoins et attentes propres du sujet. Dans le premier cas, c'est l'environnement du sujet qui proposera la nature et les modalités du changement.

La théorie sociale cognitive oblige à centrer l'intérêt sur les méthodes et les techniques d'influence visant à diminuer la résistance au changement et à

faciliter la mise en acte de nouveaux comportements et de nouvelles attitudes. Cette théorie a un aspect technique, car elle vise à développer la croyance en l'efficacité personnelle dans l'adoption d'un comportement utile, mais ne dit rien sur la nature du nouveau comportement à adopter.

La proposition visant à faire adopter un nouveau comportement relève d'une autre démarche et se fonde sur des données acquises dans d'autres champs. Pour faire émerger ces données, deux stratégies se rencontrent habituellement : soit les experts déterminent ce qui est bon pour l'ensemble de la population, soit, dans une démarche de santé communautaire, on facilite le travail d'une population pour identifier ses besoins et attentes en matière de santé. Cette démarche se met soit au service des experts, soit au service de la population. C'est ainsi qu'est déterminée la nature des changements proposés.

Les deux modèles évoqués ci-dessus obligent donc à une analyse exhaustive des représentations et des croyances relatives à la santé, et à ajuster les objectifs en conséquence. Cela veut dire qu'il peut y avoir distorsion entre ce que pensent les experts et ce que pense la population. Cette théorie ne permet pas de trancher entre ce qui est désiré comme tel et ce qui "est bon pour" la population. On reproche à cette théorie d'être une théorie de la conformité et, par voie de conséquence, de conforter les croyances majoritaires caractérisant le fonctionnement de l'ensemble de la population.

Cette théorie risque, d'une part, de négliger les croyances des populations minoritaires et de rendre ainsi cette population étrangère aux actions menées, et d'autre part, elle peut faire qu'une population minoritaire ayant explicité très clairement ses croyances pourrait tenter de les imposer à l'ensemble de la population. Cela remet l'accent sur l'hétérogénéité des croyances dans une population et sur les conflits possibles entre croyances des groupes majoritaires et croyances des groupes minoritaires.

Cependant, l'accumulation des résultats positifs obtenus par ces méthodes a conduit à développer une articulation avec les théories du modèle des croyances et des représentations relatives à la santé et avec la théorie de la motivation à l'auto-protection.

Cette théorie est basée sur les données des sciences cognitives. On travaille sur les cognitions du sujet. Cette démarche va bien au-delà de l'utilisation de l'information, elle repose sur le traitement des informations fait par le sujet et sur les conséquences induites de cette démarche cognitive sur les comportements.

Cette théorie vise aussi à développer les compétences et les habilités du sujet pensant et réfléchissant. Elle valide l'utilité de la prévention globale, car les compétences ainsi acquises dans un domaine peuvent être utilisées dans d'autres domaines que celui où elles ont été développées. Il y a transférabilité des compétences cognitives.

III - La théorie de l'action raisonnée

de la vie que l'on se donne : la

« Au lieu d'un professeur payé par la famille et la cité, c'est un guide divin Raison. Et pour ceux qui la pratique, c'est à dépendre d'elle que consiste la liberté, car seuls, pour avoir appris à vouloir ce qu'il faut, les hommes vivent comme ils veulent. Au contraire, les volontés désordonnées, les actions contraires à l'éducation et à la raison ne laissent à l'homme qu'une volonté faible et sporadique qui s'exerce au milieu d'intention sans assises. »
Plutarque

Fishbein et Ajzen (1975) ont proposé la théorie de l'action raisonnée. Ils postulent que les choix comportementaux en matière de santé sont des choix pensés, raisonnés et agis, que la raison et la volonté sont les moteurs du comportement. Ils cherchent à déterminer les arguments qui poussent une personne à adopter ou non un comportement, à préciser la démarche contradictoire choisie.

L'influence des théories cognitives est là aussi manifeste. Cette théorie a été validée dans de nombreuses actions de santé. Le processus de

changement est analysé séquentiellement. Quelle est la nature du comportement à modifier ? Quelles sont les conséquences de ce comportement ? Quels sont les avantages et les inconvénients de ce comportement ? Ce comportement est-il plus coûteux que bénéfique ? Quelle est donc la valeur de ce comportement ? Cette valeur va comporter deux composantes : la valeur relative à la personne en fonction de ce qu'elle souhaite et désire mais aussi une valeur acquise par confrontation aux opinions et croyances de l'entourage du sujet. Il y aura donc construction d'une norme personnelle subjective et d'une norme communautaire sociale et culturelle. La question du changement se posera alors en termes d'avantages et de dommages. Il y aura jugement, raisonnement, débat, décision.

L'intention d'une personne d'adopter ou de ne pas adopter un comportement donné est déterminée par l'attitude à l'égard du comportement, par sa capacité à analyser le comportement, par l'importance accordée à la compréhension que les autres ont du comportement, par la capacité à expliquer à soi-même et aux autres ses propres comportements. Cette théorie insiste sur les activités cognitives du sujet, sur la composante normative par rapport à un débat d'idées et sur le poids de la forte congruence sociale. La démarche consiste à permettre au sujet une analyse de son comportement et des arguments qui le poussent à adopter un nouveau comportement.

Cette théorie cherche à provoquer l'intention de modifier ou d'adopter un comportement, mais ne conduit pas à mettre obligatoirement en action l'intention de changement envisagé. Elle néglige d'autres facteurs à l'œuvre dans l'adoption d'un nouveau comportement, et ne tient pas compte des facteurs émotionnels, par exemple. Le sujet est considéré comme une personnalité capable de faire des choix à partir de l'abord cognitif d'un phénomène. Il manque à cette théorie une réflexion sur la capacité de transformer une intention en action. Certains auteurs ont néanmoins amélioré cette théorie en proposant des méthodologies clairement explicitées, efficaces et acceptables par le sujet.

IV - La théorie des comportements interpersonnels

Triandis, en 1977, a repris la théorie de l'action raisonnée en y ajoutant une notion essentielle. Si, dans la théorie de l'action raisonnée, tout comportement est décidé et réalisé à la suite d'une analyse systématique et consciente, dans une démarche purement décisionnelle à partir des éléments cognitifs, Triandis démontre que de très nombreux comportements se manifestent sans pour autant découler d'une volonté consciente. Il insiste sur le fait que les comportements sont déterminés par la force de l'habitude qui conduit à une résistance aux changements. L'intention de changer de comportement ne suffit pas pour contrer la force de l'habitude. Il est donc nécessaire de proposer d'autres méthodologies pour diminuer les automatismes de l'habitude. Le changement d'une habitude dépend de l'habileté du sujet à diversifier ses comportements. L'objectif de prévention sera d'aider le sujet à diversifier ses comportements, de lui donner une fluidité pour changer ses comportements et passer de l'un à l'autre. Dans ce cadre, les facteurs cognitifs affectifs, sociaux et normatifs jouent conjointement soit pour maintenir un comportement et le renforcer, soit pour déclencher l'habileté à changer de comportement.

Le mérite de cette théorie est de montrer que c'est l'habitude qui doit être l'objet de l'action de prévention et non pas ce en quoi l'habitude consiste.

V - La théorie du comportement planifié

Toutes les théories précédentes présupposent la capacité du sujet à agir sur ses comportements et à éventuellement les modifier. Cependant, certains comportements ne peuvent être modifiés activement par le sujet, car il a sur eux un contrôle limité. La démarche de prévention visera à analyser quelles sont les limites d'une personne quand elle souhaite modifier un comportement. À cet égard, la pharmaco-dépendance représente un exemple particulièrement démonstratif. Le comportement de dépendance est en partie caractérisé par l'incapacité à arrêter les consommations, même si le sujet perçoit les dommages liés à ces consommations et les désavantages ou dommages induits dans l'ensemble de sa vie.

Le DSM IV a contribué à renforcer la distinction entre dépendance physique, psychologique et comportementale. La théorie du comportement planifié a vu son intérêt augmenter compte tenu de cette distinction. La

dépendance psychologique est un bon exemple de la limitation de la capacité du sujet à modifier son comportement.

La théorie du comportement planifié se donne pour objectif de travailler sur la perception de cette limite, sur la perte du contrôle, sur l'incapacité à agir ce qui a été décidé.

Ces modèles théoriques ont pour mérite de distinguer les facteurs qui prédisposent à l'action, ceux qui facilitent l'action et ceux qui renforcent l'action.

VI - La théorie des comportements à problème

Cette théorie est utile pour fixer les objectifs de la prévention et surtout de la prévention primaire. Elle répond à la question : qu'est-ce qui permet de prédire la survenue ou non d'un comportement ? Dans le cas qui nous occupe, qu'est-ce qui permet de prédire la survenue d'un comportement de consommation, son initialisation ou sa pérennisation ?

Cette théorie est très utilisée par ceux qui ont individualisé la notion de comportements à risque, au sein desquels ils placent les comportements de consommation de substances psychoactives. Au-delà des applications actuelles de cette théorie, on peut suggérer qu'elle rend capable de prédire la probabilité, non seulement d'une première consommation, mais aussi celle qu'a un sujet utilisateur de substances psychoactives de passer à un comportement d'usage nocif ou de dépendance.

Cette théorie permet de construire des programmes répondant aux trois objectifs majeurs que nous nous sommes fixé : prévenir l'usage, prévenir l'évolution vers l'abus, éviter la survenue des dommages et la dépendance. Au-delà du choix des méthodologies permettant l'analyse, elle nécessite de tenir compte de la totalité des facteurs et des déterminants en jeu afin de construire des programmes efficaces ; la négligence d'un seul déterminant à l'origine d'un "comportement à problème" rendra inefficace le programme. L'exhaustivité de l'analyse des données à l'origine de comportements à problème est une condition nécessaire pour la réussite. Cette expérience conduit à ce qu'un grand nombre d'études inspirées par cette démarche ont produit d'excellentes analyses des comportements à problème. Il existe

aussi dans la littérature une confusion quant à la terminologie utilisée entre comportements à problème et comportements à risque.

Malheureusement, en conformité avec l'approche pathologique des phénomènes développée par les médecins et les sociologues, l'accent a le plus souvent été mis sur les facteurs de vulnérabilité bio-psycho-sociaux. Ce qui est légitime et efficace. Cette perspective souligne ce qui ne va pas, ce qui fait courir un risque. Elle provoque souvent des "programmes orthopédiques" ou des programmes basés sur "l'éradication" des facteurs de vulnérabilité, des "programmes chirurgicaux". Elle suppose que les facteurs de vulnérabilité annihilés, le comportement à risque ne se produira plus. Il s'agit là encore d'un avatar du modèle de l'intoxication ou du modèle pasteurien, ou encore du modèle d'une causalité sociale stricte.

En fait, le fonctionnement de la personne n'est pas régi, dans le cas des comportements à problème, par les seuls facteurs de vulnérabilité. Il existe des facteurs de protection favorables à la santé. Pourquoi dans un environnement défavorable, où l'offre de drogues et les comportements sociaux favorables à la drogue sont patents, certaines personnes ne consomment-elles jamais et n'utilisent-elles pas l'offre de drogues qui leur est faite ? Pourquoi certaines personnes ayant déjà rencontré ou consommé des produits n'évoluent-elles pas vers des comportements d'abus et de dépendance ? Un ensemble cohérent de travaux nous permet d'identifier ces facteurs de protection, qui peuvent être d'ordre personnel : goût de la conformité, capacité à demander de l'aide, capacité à traiter rationnellement un problème, capacité à filtrer et analyser les informations, capacité à construire un réseau social, capacité à avoir une position critique, capacité à vivre émotionnellement, capacité à utiliser le langage. Toute une série de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux entrent dans cette catégorie.

On a décrit aussi des facteurs de protection d'ordre social. Ces facteurs ont été clairement identifiés, mais avec des relations plus ou moins congruentes avec la santé. C'est ce qui a fait dire que la santé de la communauté est plus liée aux facteurs de protection et de santé que l'on y trouve qu'aux facteurs de vulnérabilité et qu'aux facteurs pathogènes à l'œuvre dans cette société.

Dans ce cas, deux approches peuvent être distinguées tant par rapport à la personne que vis-à-vis de la population. L'une se donnera pour but de promouvoir et de renforcer les facteurs de protection dans une perspective dite de santé positive. L'autre approche prend un parti opposé en essayant, non pas de renforcer les comportements positifs et les compétences basées sur les facteurs de protection, mais de faire disparaître les facteurs de vulnérabilité et les facteurs pathogènes. Deux politiques s'opposent. C'est leur cohabitation désordonnée ou exclusive qui donne, au niveau d'une population donnée et en un temps donné, un aspect incohérent et désorganisé à la prévention.

La probabilité de survenue des comportements de consommation de substances psychoactives est donc déterminée tout autant par les facteurs de vulnérabilité que par les facteurs de protection. Trois types de programme de prévention peuvent être ainsi imaginés : soit diminuer ou supprimer les facteurs de vulnérabilité (modèle des facteurs et déterminants pathogènes), soit densifier les facteurs de protection et favoriser leur efficacité (modèle de la santé positive), soit développer l'interaction entre facteurs de protection et facteurs de vulnérabilité (modèles dynamiques fonctionnels). Ce dernier modèle semble plus proche de ce qui caractérise le fonctionnement de l'appareil psychique.

VII - La théorie de l'apprentissage social

Elle se distingue de la théorie sociale cognitive de Bandura, car elle est centrée sur les actions à mener, et n'aborde pas les processus qui déclenchent et stabilisent les apprentissages. La théorie de l'apprentissage social ne dit pas comment faire pour obtenir un changement de comportement, mais elle définit les processus qui déclenchent l'apprentissage, et sert donc de base conceptuelle pour construire des actions s'appuyant sur les processus eux-mêmes, et donc des actions non directement centrées sur le comportement. Cette théorie permet donc de travailler en amont du comportement. Cependant, elle a été critiquée comme étant trop psychologisante.

L'apprentissage d'un comportement se fait d'autant plus facilement qu'il satisfait à une motivation du sujet : vouloir se démarquer de sa famille favorise l'adoption d'un comportement caractérisant le milieu extra-

familial ; affirmer son autonomie amène à adopter un comportement en contradiction avec les apprentissages, les normes et les conformités antérieures ; adopter un comportement est plus facile quand il accroît le degré de plaisir et de satisfaction par rapport à l'état initial (théorie de la récompense), ou à l'inverse un comportement est adopté plus difficilement quand il va à l'encontre de l'état hédonique antérieur.

Dans le cadre d'une action individuelle de prévention, cette théorie a permis de construire des modèles pertinents de prévention. Par contre, dans le cadre d'une prévention collective, même si il y a eu des actions positives, elle risque d'avoir des effets pervers non prévisibles sur certaines personnalités.

VIII - La théorie de l'immunisation cognitive ou sociale

Cette théorie centre son intérêt sur les processus qui permettent de mettre le sujet à l'abri d'un comportement dommageable. Sa forme radicale est celle qui a été très en vogue il y a plusieurs années : faire peur, dramatiser, inquiéter. Les échecs sont plus nombreux que les réussites dans ce cas, sauf sur les personnalités conformistes, dépendantes ou ayant une capacité de raisonnement susceptible d'intervenir activement par rapport à des facteurs émotionnels ou cognitifs.

Le second aspect de cette théorie est basé sur le mécanisme d'inhibition. Dans ce cas, on présuppose qu'un comportement est acquis par le sujet et fait partie de ses manières d'être et de vivre. On cherche alors à faire en sorte qu'il ne soit pas mis en acte. Ne pas oser transgresser, ne pas oser partir à l'aventure vers le monde des drogues, ne pas oser s'aventurer dans un monde étranger. La campagne, "La drogue parlons-en avant qu'elle ne lui parle", peut en fournir un exemple. On présuppose que les adolescents acceptent généralement les propositions qui leur sont faites par la société, quelles que soient ces propositions, et qu'ils sont susceptibles de faire leur la proposition de consommation de drogues de la même manière qu'ils ont accepté toutes les autres propositions qui leur ont été faites par ailleurs. L'objectif est donc d'inhiber, parmi tous les comportements de réponses à des propositions, le seul comportement ayant trait à l'offre de drogues. On déclenche ainsi une habilité très sélective.

Les détracteurs de cette modalité de prévention soulignent qu'au-delà de l'efficacité à faire disparaître un comportement déterminé dommageable pour le sujet, cette prévention pourrait altérer ou amputer la personne de ses compétences à gérer d'autres risques de manière personnelle, dans un style propre, et le rendre dépendant, pour chaque comportement, de message spécifique de santé. Cela gênerait la capacité à promouvoir sa propre santé de manière autonome. On verrait là la contradiction entre la prévention globale du type éducation pour la santé et les préventions très spécifiques. Néanmoins, cette théorie de l'immunisation cognitive ou sociale est susceptible de conférer au sujet des compétences et des habilités comportementales et sociales spécifiques et utiles. Il n'y aura probablement pas de transférabilité de ces compétences à d'autres domaines, mais cela n'est pas le but recherché. Cette théorie propose donc un modèle d'actions thématiques spécifiques et non pas un modèle universel de prévention.

Si ce modèle permet de mettre en place de multiples programmes dont la justification repose sur une base conceptuelle énoncée, il conduit à proposer un nombre considérable d'actions de prévention et de santé. Le citoyen est alors bombardé de multiples messages de prévention qui l'amènent à adopter des attitudes et des comportements non coordonnés, source de confusion et de non acceptabilité, car il est difficile pour le citoyen de les intégrer dans une démarche globale qui lui est propre et qui déterminera son style de vie et ses attitudes par rapport à la santé.

IX - La théorie bio-psycho-sociale

Pour donner de la cohérence à tout cela, on a tenté de construire un modèle global, d'allure œcuménique, appelé théorie bio-psycho-sociale. Ce modèle est centré sur la notion d'interaction des déterminants bio-psycho-sociaux et propose d'agir en même temps sur l'ensemble de ces déterminants. Ce modèle est conforme à l'idée de la santé globale défendue plus haut. Dans ce cas, tout peut donc être mis en place en référence à ce modèle, chaque action menée peut être dite action de prévention, car elle agira au moins sur un déterminant, biologique, psychologique ou social, en le pensant tout au moins dans la tête des "préventologues" comme relié aux autres. Si on privilégie tel ou tel déterminant du modèle bio-psycho-social, différentes actions et différents programmes de prévention vont être mis en place soit

de manière dogmatique, soit seulement à partir des compétences des acteurs de prévention à partir de ce qu'ils savent penser et de ce qu'ils savent faire.

La nature de la prévention et la détermination de ses objectifs seront alors définies à partir des compétences des acteurs et de leurs désirs, et ne seront pas centrées sur les besoins et attentes de la population.

Ce modèle a le mérite d'être un modèle intégratif proche du fonctionnement de la personne dans sa réalité. C'est ainsi que l'on va coordonner diverses mesures thématiques de prévention dans le cadre d'un programme ou d'un plan concerté de prévention, où s'articulent des actions de prévention globale et spécifique. Une politique de prévention comporte des actions s'appuyant sur cette théorie avec d'autres actions inspirées par d'autres théories.

X - Le modèle de l'environnement social

Norman et Turner, en 1993, privilégient l'environnement du sujet par rapport au sujet lui-même ; on cherche surtout à déclencher des changements environnementaux susceptibles de retentir sur les comportements du sujet sans beaucoup tenir compte de celui-ci. Le sujet est considéré comme une substance malléable, travaillé par les actions des "préventologues", il ne peut qu'accepter ou refuser au maximum ce qui lui est proposé, s'opposer ou adopter les effets du changement environnemental. Certaines personnalités sont plus susceptibles que d'autres d'être influencées par ces actions sur l'environnement social. Les populations à risque sont-elles plus sensibles ou moins sensibles que les autres groupes de la communauté à ces modifications de l'environnement social ? Dans ce domaine, les études apportent des résultats très contradictoires ; certaines études montrent que les populations à risque, lorsqu'elles ont adopté des comportements à risque, l'ont fait parce qu'elles étaient plus sensibles que d'autres aux propositions majoritaires de la population ou aux propositions bien spécifiées de groupes minoritaires. Cela conduit à penser que ce modèle conceptuel permettrait de construire des modèles efficaces. Par contre, d'autres études suggèrent que les populations à risque ont progressivement construit des comportements

réglés, d'une grande stabilité, difficiles à modifier, et qu'elles seraient donc peu sensibles aux modifications environnementales.

Travailler à partir de ce modèle mène à des actions visant à modifier les comportements de l'ensemble de la population tout autant que ceux de sous-populations identifiées, certes, à partir de critères très divers. Ceci donne un polymorphisme extrême à ces actions.

XI - Le modèle développemental - prévention longitudinale

Une meilleure connaissance du développement de la personnalité, mais aussi les nombreuses théories qui rendent compte du développement par stades de la personnalité, la notion d'organisation structurelle, les acquisitions sur le développement des processus cognitifs et d'apprentissage en fonction de l'âge ainsi que des processus de socialisation, une meilleure connaissance des différences inter-individuelles servent de bases à la conduite de la prévention. À chaque stade du développement correspondent des processus bio-psycho-sociaux aboutissant à des compétences liées à l'âge développemental. Les actions de prévention devront être adaptées à l'organisation développementale propre à chaque période du développement. La démarche consiste à fixer les objectifs généraux de la prévention qui, dans ce cas, sont plus volontiers centrés sur le modèle de la promotion et de l'éducation à la santé, visant à rendre le sujet capable de gérer sa santé. La difficulté majeure est alors une difficulté technique : comment fragmenter l'objectif général de prévention en de multiples objectifs intermédiaires d'une part, et d'autre part assurer une cohérence entre les objectifs intermédiaires et les stades du développement.

On va donc être amené à enchaîner dans le temps des actions concertées susceptibles d'être efficaces à certains âges de la vie. Ces actions doivent être pertinentes par rapport aux processus bio-psycho-sociaux plus particulièrement à l'œuvre à certains âges de la vie. Les compétences des éducateurs, psychologues, sociologues, permettent de préciser des actions concertées et séquentielles.

Cependant, on est souvent tenté de ne programmer des actions de prévention qu'en direction d'une seule tranche d'âge développemental, l'adolescence en particulier ; cela diminue fortement l'efficacité de la référence à ce modèle. L'intégration d'actions successives concernant les âges développementaux successifs est indispensable pour obtenir une efficacité en relation avec les investissements. Par exemple, en France, on néglige trop la prévention chez les tout petits et chez les adultes.

XII - La théorie de la prévention situationnelle

Une des variantes de ces modalités conceptuelles sous-jacentes à la prévention est représentée par la théorie de la prévention situationnelle. On cherche à développer des habilités chez le sujet dans le cadre d'une situation donnée, par exemple, quels sont les comportements à adopter par une personne séropositive au VIH dans le cadre de sa vie affective et sexuelle. Quels comportements de santé peuvent être identifiés et réalisés par le sujet. La campagne "Dire non à la drogue" repose en partie sur ce modèle. Comment développer une compétence, une habilité quant à une proposition de substances psychoactives. On ne cherche pas à développer l'ensemble des compétences du sujet à gérer sa santé, mais seulement à développer un mini-comportement adéquat, "automatique", face à un stimulus, une émotion, une représentation active dans une situation donnée. L'exemple le plus typique est représenté par la gestion des consommations pendant la conduite automobile.

Un autre exemple de cette théorie de la prévention situationnelle est représenté par les actions menées auprès des femmes consommatrices de substances psychoactives lorsque survient une grossesse. Cette théorie permet de conceptualiser une action qui va viser à mettre en place des comportements de santé en fonction uniquement de la situation de grossesse, en tenant compte de la mère, de l'enfant et de l'environnement. Les propositions faites seront donc alternatives : soit l'abstinence, soit les thérapeutiques de substitution. L'action de prévention visera alors uniquement à développer son activité pendant la période de la grossesse.

Après la naissance, lorsque de tels programmes sont mis en place, les comportements de consommation de substances psychoactives de la femme reprennent le cours qu'elles avaient antérieurement dans la plupart des cas.

Cette théorie de la prévention situationnelle est largement utilisée dans les pays anglo-saxons et dans le cadre de la prévention collective. Il s'agit de donner à un sujet les capacités de gérer une situation dans laquelle il est impliqué et uniquement cela.

La connaissance de ces modèles de prévention est indispensable à tous ceux qui souhaitent penser, construire et mettre en place des actions ou des programmes de prévention.

À partir des théories précédemment exposées, on a construit des modèles de prévention conceptuellement plus denses et pertinents en ce qui concerne les modalités d'action. Ces modèles sont opératoires et visent à éclairer et guider celui qui souhaite mettre en place une action de prévention, permettant surtout de choisir le modèle le plus adéquat, voire le modèle pédagogique, afin d'obtenir l'effet désiré. Ces modèles ont une dimension technique. Il est par ailleurs, un groupe de théories qui se donne pour objet la création de modèles conceptuels servant à penser les actions, et non pas seulement à les mettre en action. Ces théories s'intéressent aux processus actifs dans le comportement, c'est pourquoi elles font référence à la personne et aux théories qui rendent compte du développement et du fonctionnement de la personnalité (dimension développementale) d'une part, et d'autre part aux processus psycho-affectifs et sociaux (dimension processuelle). On voit là une différence importante entre ces deux familles de théories. Les premières théories et les modèles construits à partir de celles-ci sont surtout utilisés dans les pays anglo-saxons ; les théories qui vont être évoquées plus bas sont majoritairement utilisées dans les pays de culture latine et européenne.

Enfin, certains ont soutenu que n'importe quelle action, n'importe quel programme proposé avec une intention de prévention pouvait être utile et laisser une trace dans l'organisation psycho-affective et sociale des personnes, les rendant ainsi plus aptes à gérer leur santé. C'est l'intention du "préventologue" qui déclencherait l'efficacité préventive d'une action. Il y a là une hypothèse optimiste, largement répandue dans la société,

affirmant qu'il est préférable de faire n'importe quoi plutôt que de ne rien faire. On connaît les dérives induites par cette proposition, cependant, ce modèle a le mérite d'attirer l'attention sur les capacités du sujet à fonctionner comme une structure intégrative et active. Les personnes qui ne sont pas confrontées à des problèmes graves, à des situations dangereuses, et chez qui les vulnérabilités sont faibles et les facteurs de protection forts, peuvent effectivement tirer bénéfices de ces multiples propositions, sauf si celles-ci sont par ailleurs trop contradictoires. Par contre, les personnalités chez qui les facteurs de vulnérabilité sont forts et les facteurs de protection faibles, n'ont pas la capacité d'intégrer en une démarche cohérente la multiplicité des programmes et actions qui leur sont proposés.

Deuxième partie

LA DÉMARCHE DE PRÉVENTION

MÉTHODES ET STRATÉGIES

Chapitre III

LA DÉMARCHE DE PRÉVENTION

Introduction

La personne et la société

Il y a une absolue nécessité de développer une politique de prévention fondée sur des bases conceptuelles claires et caractérisées par des objectifs généraux cohérents concernant la personne, le groupe et la population sociale. Ceci a été développé dans le chapitre précédent.

La démarche de prévention doit s'inscrire dans une double perspective. Elle a pour interlocuteur privilégié la personne et son environnement immédiat : « L'importance des comportements individuels dans la survenue des problèmes de santé impose de rendre chaque individu responsable de sa propre santé. », Philippe Douste Blazy, 1995. Elle a, d'une manière non moins impérative, la société et ses composantes comme interlocutrices : « Le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé ne pourra s'inscrire que dans une réelle prise de conscience par l'ensemble de nos concitoyens des conséquences de nos comportements individuels sur la santé. », Douste Blazy, 1995.

Ceci ne va pas sans poser d'importantes difficultés, car la nature des besoins et attentes, les représentations et les croyances, les attitudes et les compétences ne sont pas identiques, sont même très hétérogènes quand on considère les personnes et la société. Les niveaux même d'implication dans l'éducation à la santé, les capacités à désirer et à être mobilisé vers ce but, les moyens d'y être sensibilisé et convaincu sont très dissemblables.

La démarche de prévention consiste à découper les grands objectifs généraux en objectifs diversifiés adaptés aux besoins et attentes des personnes, des groupes et de la société, mais aussi en objectifs agissant sur des processus et des déterminants de santé spécifiés.

S'il apparaît certain que la prévention doit être proposée à tous et à toutes, néanmoins, le problème est de savoir quels sont les objectifs qui s'adressent plus particulièrement à la population, aux groupes, aux tranches d'âge, aux individus ou à leur famille.

Si la prévention s'adresse à tous, comment faut-il différencier les objectifs en fonction de l'approche individuelle, de l'approche populationnelle ou de l'approche collective, et les articuler entre eux ? Les stratégies de prévention consistent dans cette articulation entre les différents objectifs spécifiés, tout autant que dans le choix des différentes méthodologies utilisées. Ceci permet l'élaboration d'un programme de prévention regroupant un ensemble organisé et finalisé d'actions de prévention.

Nécessité de la cohérence

1 - Cohérence entre les actions de prévention.

La démarche de prévention ne peut se concevoir que dans le cadre de la référence à la santé, dans le cadre de la santé publique. Cela implique donc, non seulement une cohérence entre les actions de prévention, de soins et de réhabilitation, mais aussi une cohérence entre toutes les actions de prévention dans les différents domaines de la santé et de l'action sociale. Il serait aberrant de proposer à la population et aux personnes une démarche de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives dont la philosophie, les objectifs et les méthodes seraient en contradiction avec les démarches adoptées dans d'autres domaines de la santé et de la vie quotidienne.

2 - Cohérence dans la terminologie employée.

Dans la première partie, nous avons souligné que le terme toxicomanie recouvre actuellement des phénomènes très hétérogènes, que ce terme est insuffisamment précis, qu'il a reçu des acceptions scientifiques et populaires diverses et quelquefois même contradictoires. C'est pourquoi à la place de la terminologie galvaudée, nous proposons que :

- le terme substance psychoactive soit utilisé plutôt que celui de drogues, car il a le mérite d'être rigoureusement défini et de représenter un cadre conceptuel précis ayant une portée très générale ;

- les termes de consommation et de consommateur de substances psychoactives soient préférés aux termes toxicomanie, toxicomane et drogué ;

- au terme de toxicomanie, on préfère la dénomination comportements de consommation de substances psychoactives, ainsi que les termes d'usage, d'abus, ou usage nocif, et de dépendance.

3 - Cohérence entre les textes législatifs et réglementaires, la réalité des comportements de consommation de substances psychoactives et les politiques de soins et de prévention.

La répression du trafic et les mesures d'ordre social ne doivent pas entraver la mise en place des soins et de la prévention. Les textes législatifs et réglementaires ne doivent pas gêner les mesures prises dans le cadre de la politique de réduction des risques : mettre à la disposition des consommateurs des seringues pour réduire la diffusion de l'épidémie liée au VIH ne doit pas conduire les autorités policières à porter un diagnostic de suspicion de consommation délictueuse. À l'inverse, les soins et la prévention ne doivent pas entraver la lutte contre le trafic. Car l'augmentation de l'offre a des effets favorisant l'initialisation et la pérennisation des comportements du consommateur, et de plus la politique de réduction des risques nécessite, pour être efficace, d'être articulée avec la diminution de l'offre des produits.

4 - Cohérence dans les discours et les modes d'approche du phénomène de consommation.

Non pas qu'il faille espérer que tous soient d'accord et s'expriment d'une même voix, cependant, il faut souhaiter et recommander que des bases minimales dégagées à partir de la description du phénomène puissent être partagées par tous et soient communes aux discours, aux approches et aux actions. Cela donnerait à l'ensemble des acteurs une zone d'alliance à partir de laquelle ils pourraient penser leurs actions de prévention, les mettre en acte et les évaluer ; cette plateforme commune aurait le mérite de fournir à la population une lisibilité claire et accessible de ce que la prévention se propose d'obtenir. La politique actuelle de prévention est peu lisible car trop complexe et trop disparate.

5 - Nécessité de l'exposition des principes de base.

L'identification des facteurs et des déterminants à l'origine de ce phénomène permet de développer une démarche compréhensive, indispensable pour penser et agir. Cependant, en fonction de la diversité des approches, certains facteurs et déterminants sont plus ou moins privilégiés et donnent lieu à des discours, à des théories et à des approches très différents. Il est indispensable que chacun explicite très clairement les principes de base qui sous-tendent son interprétation du phénomène. Il est indispensable d'explicitier très clairement les principes de base qui sous-tendent une action. Cette exigence s'impose à tous, professionnels de santé ou bénévoles. Le multidéterminisme du phénomène de consommation de substances psychoactives fait qu'une seule théorie explicative ne peut être espérée. Il conviendra donc d'individualiser les divers déterminants à l'œuvre et de penser et promouvoir des actions visant à agir sur l'un ou l'autre. La prévention aura donc une allure composite. Ceci pourrait faire penser qu'on ne peut mener une politique de santé cohérente en cette matière. Bien au contraire, cela donne de fortes chances de peser sur le phénomène à condition que les multiples actions concernées soient menées simultanément et de manière coordonnée par les divers acteurs dans le cadre d'un programme.

Il est nécessaire de penser la prévention en termes de programme. Un programme comporte un ensemble d'actions de prévention ayant chacune pour but de modifier un aspect ou un déterminant des comportements de consommation de substances psychoactives, éventuellement le comportement lui-même. Toutes ces actions doivent être identifiées, concertées, hiérarchisées, menées ensemble et articulées afin d'agir par des moyens et des méthodes diversifiées sur l'ensemble du phénomène. Ces actions ne doivent pas se contrarier les unes les autres, mais conduire à une potentialisation de chaque action par l'autre.

6 - Cohérence entre le discours officiel, le discours des spécialistes, le discours de l'homme de la rue, le discours des différents groupes sociaux et le discours des consommateurs de substances psychoactives.

Il ne saurait y avoir, sans conduire à de grands dommages comme cela est le cas actuellement, un discours convenu qui n'aurait rien à voir avec la réalité du phénomène ou un discours réductionniste ou des discours profondément contradictoires ne dégageant pas les zones d'alliance entre les discours. L'effet de l'actuelle cacophonie est désastreux et il est pour

beaucoup dans le fait que l'ensemble de la population pense non crédibles et inefficaces les politiques de santé en ce domaine.

7 - Cohérence entre le discours des médias, celui des autres acteurs de la vie sociale et la réalité du phénomène.

La cohérence à ce niveau représente une condition essentielle d'une politique de santé efficace. Le clivage, voire l'opposition, entre le phénomène et le discours des médias est actuellement, en France en particulier, une des dimensions les plus dommageables conduisant à l'inefficacité des actions. Il convient que les leaders d'opinion s'entendent sur une base minimale servant à la communication, ou encore que soit expliqué le bien-fondé de ces contradictions.

8 - Cohérence entre les différents objectifs et stratégies de prévention.

Elle est indispensable dans le cadre même de toutes les actions mises en place dans le domaine de la prévention des comportements de consommation de l'ensemble des substances psychoactives. On constate actuellement le plus souvent des incohérences, voire même des oppositions, entre les objectifs que s'assignent les différentes actions de prévention proposées à la population ; ces actions reposent aussi le plus souvent sur des options théoriques ou idéologiques, ou des propositions contradictoires souvent insuffisamment documentées et validées.

9 - Initiatives publiques programmées, initiatives privées spontanées.

Certains affirment que la politique de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives n'a pas reçu toute l'ampleur nécessaire ni toute l'efficacité souhaitée. Cela ne veut pas dire que rien n'a été fait et que tout a été mal fait par les pouvoirs publics. À côté d'initiatives publiques apparaissant comme inadéquates, inefficaces, absentes ou insuffisantes, les initiatives privées se sont multipliées. Il faut prendre acte des initiatives publiques et des multiples initiatives privées qui ont été jusqu'ici mises en place avec pertinence. Il est donc nécessaire d'évaluer les actions menées ; si telle ou telle action est relativement facile à évaluer, comme celles engagées contre le partage des seringues pour lutter contre la contamination par le VIH, d'autres actions de portée plus générale sont beaucoup plus difficiles à évaluer. De la même manière, il est difficile d'évaluer l'impact des séries télévisées ou des déclarations fracassantes de quelques stars inscrites au premier plan de la vitrine

sociale, qui incitent à la consommation de substances psychoactives. Même délicate, l'évaluation des actions de prévention est indispensable. Les méthodes des sciences humaines devraient être plus utilisées. Cela veut donc dire qu'il est nécessaire d'harmoniser les initiatives publiques et privées les plus pertinentes d'une part, de supprimer les initiatives publiques et privées non efficaces, de les articuler entre elles dans le cadre d'une politique de santé explicite et servant de guide à tous.

N'oublions pas que la personne et la société sont les destinataires de multiples actions qui visent à modifier ou à influencer les conduites, les comportements, les représentations, les besoins et attentes. Si les nombreuses initiatives privées dont nous sommes les destinataires s'inspirent des mêmes objectifs que ceux développés par la puissance publique, il y a là cohérence garantie d'une efficacité ou tout au moins de la non survenue d'effets pervers.

Certaines initiatives privées sont en contradiction avec les politiques publiques sanitaires mises en place. Il y a là motif à réflexion : soit on travaille sur la contradiction et cela peut être fructueux, soit on tente de faire disparaître la cacophonie car on la pense préjudiciable. Bien souvent, les initiatives privées rendent possible des actions qui auraient été difficiles à mettre en place à partir des structures publiques. Par ailleurs, les initiatives privées témoignent aussi de la prise en compte au plus près des besoins et attentes des personnes et de la population. Elles ont une valeur irremplaçable d'innovation et de pertinence.

Une harmonisation des actions publiques et des actions privées devrait être recherchée. Il ne s'agit pas d'imposer un modèle - ce à quoi ne vise nullement ce document - mais d'entraîner l'adhésion de tous autour de quelques grands objectifs, et de réunir les compétences et les savoir-faire pour développer des actions recevables par la population.

Le principe de cohérence, fortement affirmé ici, est une des garanties de l'efficacité d'une politique de prévention ; il vise à empêcher les effets pervers que l'on constate actuellement et à donner de la force aux programmes mis en place. De plus, il convient de dire l'importance du principe de cohérence dans le temps, dans la continuité. La prévention ne

peut se résumer à des coups médiatiques discontinus, à des actions et des programmes successifs. La prévention s'inscrit dans le long terme.

I - Rappel synthétique des objectifs généraux et thématiques, principaux et secondaires

Il faut souligner les impératifs d'une cohérence dans les objectifs comme dans l'action.

Il convient d'avoir une conception générale mise en place au travers d'objectifs généraux et d'objectifs particuliers avant d'adopter les stratégies pertinentes utilisables.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a défini la santé comme le plein développement de toutes les potentialités du sujet dans les domaines biologiques, psychologiques et sociaux, dans un contexte donné. Il convient de redire ici fortement que lorsque dans ce document on parle de santé, cela n'a pas une connotation médicale exclusive. Le concept de santé implique des dimensions sociétale, économique, éducative et culturelle, c'est-à-dire tous les aspects de la vie de chacun d'entre nous, inscrit dans une société donnée.

L'OMS a rendu classiques les distinctions entre prévention primaire, secondaire et tertiaire. Comme cela a été souligné plus haut, une cohérence est nécessaire entre ces trois types d'action.

Ces trois démarches doivent s'inscrire en référence au concept de santé. Elles doivent comporter des objectifs généraux visant à conserver ou à renforcer la santé individuelle ou collective, et des objectifs spécifiques ou thématiques centrés sur tel ou tel comportement ou état de santé devant être modifié s'il est dommageable pour la santé ou promu s'il est favorable à la santé. Certains lecteurs de ce document pourraient penser que cette référence au concept de santé serait susceptible d'orienter la prévention dans une optique médicale, il n'en est rien. La santé dépasse le monde de la médecine, de l'action sociale, de l'économie, de l'urbanisme. Elle pose l'idée du développement de l'homme et de la société comme objectif principal. Certes, cela peut apparaître comme iconoclaste pour certains philosophes mais cela a le mérite de réinscrire la prévention dans une perspective humaniste.

Ce paragraphe a pour but de permettre l'identification claire des objectifs de la prévention en ce domaine. La justification de ces objectifs généraux, secondaires et thématiques a été développée dans la première partie de ce document.

I.1 - L'objectif principal de la prévention

Il est de permettre à la personne et à l'ensemble de la population de :

- développer sa santé,
- promouvoir des comportements favorables à la santé,
- modifier les comportements dommageables pour la santé,
- développer sa santé en harmonie avec la société dans laquelle est inscrite la personne,
- développer la santé de la communauté,
- avoir la capacité d'atteindre les idéaux personnels et ceux de la société.

Une démarche de prévention doit pouvoir donner à l'individu et à l'ensemble de la population les compétences nécessaires pour qu'ils deviennent capables de gérer leur santé, de peser sur leur vie. L'objectif est donc la gestion de la santé dans son ensemble tout autant que de ce qui a trait à des domaines plus spécifiques de la santé. La démarche de prévention vise donc à donner aux personnes et à l'ensemble de la population les compétences et les moyens nécessaires à la gestion de la santé

I.2 - Cet objectif principal se décline en objectifs secondaires :

- être informé sur l'état de santé et sur celui de la population,
- être compétent pour développer les comportements favorables à la santé,
- être compétent pour modifier les comportements et éviter les déterminants dommageables pour la santé conduisant à la survenue de dysfonctionnements bio-psycho-sociaux puis de maladie,
- être capable de recouvrer la santé et d'utiliser les dispositifs d'aide disponibles à cet effet,
- être capable d'utiliser les dispositifs permettant de se garder en bonne santé.

Les objectifs généraux et secondaires décrits plus haut sont pertinents en ce qui concerne une politique de prévention de comportements de consommation de substances psychoactives. S'y ajoutent des objectifs thématiques ou spécifiques à ces comportements de consommation.

Ces objectifs nécessitent de concevoir les actions de santé dans leur ensemble, quel que soit l'objectif particulier que l'on se donne.

II - Agir sur l'opinion publique pour modifier les représentations sociales

La médecine n'est plus le seul moyen qui permet un état de santé satisfaisant pour tous et pour chacun. L'état de santé de l'individu et de l'ensemble de la population est perçu comme lié au fonctionnement harmonieux du sujet, de la population et de la société dans son ensemble. Tout concourt au développement de la santé. Cette conception très large conduit à une extension du champ de la prévention et ne la cantonne plus au strict objectif consistant à ce qu'un phénomène dommageable ne survienne pas ; cette conception vise aussi à promouvoir les comportements positifs pour la santé dans le cadre de ce que l'on a appelé la santé positive.

La pensée contemporaine tend à ne devenir que scientifique et technique. Elle décrit le monde tel que les technologies nous le proposent. Elles conduisent à une conception réductionniste de l'homme, essentiellement matérialiste, mécaniciste, et ne tient pas compte de l'homme comme porteur de sens et conduisant sa vie en fonction de valeurs morales et sociétales.

Il faut définir l'homme auquel va s'adresser la démarche de prévention dans une perspective plus vaste et plus complète, ainsi que la société dans laquelle se déroule sa vie. La démarche de prévention exprime les valeurs que l'on veut promouvoir, l'idée que l'on se fait de l'homme, la nature de la société que l'on souhaite. Elle devra donc non seulement s'y référer, mais elle servira à affirmer les valeurs, à promouvoir l'humanisme et à développer une société fondée sur des valeurs.

Le "problème de la drogue" a toujours été considéré comme un problème politique et moral de manière évidente. C'est à la fois ce qui lui donne son importance mais aussi ce qui fait son malheur, car la manière de traiter le "problème de la drogue" peut faire qu'il ne devienne plus qu'un problème de société ou qu'un problème politique au détriment de tous les autres aspects, de la souffrance de certains consommateurs et des dommages pour la société. Si le "problème de la drogue" est politique, il n'est pas que politique. Si la politique change, les politiques dans ce domaine ne doivent pas varier dans leurs caractéristiques essentielles.

III - Prendre l'homme comme sujet de la prévention. Mettre l'homme au centre de la prévention

Nous avons déjà affirmé que la personne humaine doit être considérée comme une unité intégrative bio-psycho-sociale, et que les trois dimensions de l'homme doivent être abordées dans les actions de prévention. Nous voudrions aller plus loin. Les disciplines scientifiques et humaines réduisent leur description aux seuls aspects qu'elles peuvent aborder et négligent ceux qu'elles ne peuvent aborder compte tenu de ce qu'elles sont. Le monde des sciences humaines et techniques propose un homme fragmenté qui ne peut être notre interlocuteur lorsqu'on souhaite mener une action de prévention. La prévention s'adresse à la totalité de la personne.

III.1 - L'homme dans sa dimension biologique

La dimension biologique de l'homme et son fonctionnement à ce niveau ne sauraient rendre compte de la totalité de l'homme. Même s'il est indispensable de connaître le plus précisément possible le dysfonctionnement biologique induit par les produits pour fonder des actions de prévention pertinentes des comportements de consommation de substances psychoactives, cela n'est pas suffisant, d'autant plus fortement qu'il s'agit ici d'un comportement. On voit ici la nécessité de ne pas considérer la chose consommée et ses effets comme base de référence, ce que classiquement on nomme l'abord produit, mais combien il est plus fécond de considérer le comportement de consommation.

Si on se réfère seulement à la notion d'individu biologique, quelles sont les grandes questions qui se posent ? Comment maintenir la vie, l'intégrité physique, l'harmonieux fonctionnement de la communauté cellulaire ?

Les échanges entre l'individu biologique et le milieu de vie sont mis en acte dans des comportements adaptés, généralement programmés qui visent à répondre aux besoins afin de maintenir la vie dans des conditions préalablement définies par l'espèce. Les comportements permettant la satisfaction des besoins sont régulés par des systèmes neuronaux qui contrôlent l'aversion et l'évitement, l'appétence et l'approche, on parle alors des "lois de la nature".

La prise en compte de la dimension biologique de l'homme ne doit plus être autant négligée qu'auparavant en ce qui concerne les comportements de consommation de substances psychoactives. Nos connaissances sur la pharmacologie des drogues et sur la neurobiologie des comportements doivent servir à fonder notre démarche de prévention et à diffuser un savoir validé. Il s'agit là des bases indispensables.

Trois questions se posent :

- comment acquérir ce savoir validé quand on souhaite devenir acteur de prévention ?
- comment développer une attitude critique et scientifique vis-à-vis des nombreuses données, quelquefois contradictoires, apportées par tous les producteurs de connaissances ?
- comment traduire, adapter, rendre disponibles, rendre utilisables, rendre appropriables ces savoirs par les personnes et les sociétés ?

III.2 - L'homme dans sa dimension psycho-sociale

L'homme se doit aussi d'être appréhendé dans sa dimension sociale, et c'est l'identité psychosociale qui doit être prise en compte. L'individu biologique est plongé, non seulement dans un milieu de vie, mais aussi dans un environnement. Cet environnement est régi par les "lois des sociétés" dépendant du lieu, du temps, de l'histoire. Une proposition d'être social est faite à l'individu biologique par la société et, progressivement, par interaction, se construit cette unité intégrative bio-psycho-sociale qui caractérise la personne.

Cela amène à faire trois remarques nécessaires pour construire une démarche de prévention :

- les facteurs et les déterminants psycho-affectifs, émotionnels et cognitifs doivent être pris très largement en compte car les facteurs et les déterminants sociaux et culturels sont d'une importance considérable. Il est légitime de s'appuyer sur ces facteurs et déterminants pour développer des actions de prévention, mais c'est en tenant compte de leur interaction qu'on construira des politiques efficaces ;

- développer la capacité de la personne et de la société à identifier les déterminants en cause doit se faire dans l'intention de promouvoir la capacité de peser sur son destin pour devenir acteur de sa santé et initiateur de sa vie. La perception de l'aspect inéluctable des déterminants et des facteurs, notamment environnementaux, conduit à une attitude de passivité, de démission ;

- les aspects culturels doivent se décliner en aspects culturels généraux, mais aussi prendre en compte les aspects culturels des différentes classes d'âge et de certains sous-groupes populationnels.

III.3 - L'homme dans sa dimension métaphysique

Mais, si on veut penser la prévention, il est nécessaire de distinguer une autre caractéristique de l'être humain. La personne est inscrite dans une recherche du sens à donner à la vie, dans la conquête de l'autonomie et de la liberté.

Nous allons nous y attacher car elle explique certaines conceptions de la prévention. Les impératifs biologiques et les actions de l'environnement social présentent des caractères forts de contrainte et d'immédiateté. On pourrait dire que le processus de la rencontre est toujours en activité, toujours se faisant, et que passé et futur sont contractés dans le présent le plus strict. La contrainte de l'expérience immédiate et de la signification basique des choses s'impose fortement mais ne doit pas limiter notre ambition.

Pour se dégager de cette immédiateté, l'homme tente de conquérir son autonomie. Prendre de la distance par un travail fait sur soi-même et sur l'environnement permet cette conquête de l'autonomie. Cela ne veut pas

dire que les contraintes biologiques et sociales seront mises à distance et que l'homme arrivera à s'en affranchir, mais il devient possible pour l'homme d'interpréter le monde, d'élaborer un projet de vie réfléchi et de donner du sens à la vie et à la condition humaine. Cette action de mentalisation permet l'action, mais aussi de se dégager de celle-ci. Elle seule conduit à la créativité et à une prise de position morale et métaphysique.

Pour qu'il y ait construction de la personne, il faut une interaction entre les niveaux biologique, psychologique et social. La personne se développe dans le dialogue qu'elle a avec son environnement mais aussi en intégrant et en interprétant les expériences du passé et les données du présent. Ainsi, l'homme peut penser son futur et donner du sens à la condition humaine.

C'est la prise en compte de cette conception de l'homme qui permet de construire une démarche de santé et, plus particulièrement, de prévention de manière cohérente dans une perspective humaniste.

En résumé, pour mettre l'homme au centre de la prévention, trois axes sont possibles :

- a/ s'adresser à la totalité de la personne et de son environnement ainsi qu'à la société et éviter un abord réductionniste des consommations de substances psychoactives ;
- b/ permettre l'appropriation par la personne, la population et la société de la démarche de santé proposée ;
- c/ permettre de finaliser clairement la grande diversité des actions menées dans un vaste cadre donnant une cohérence à l'ensemble, et proposer une place identifiée à chaque action parcellaire de prévention dans ce processus éducatif et humaniste. La charte d'Ottawa a fixé quelques directives à cet égard.

Dans le cadre de ces principes généraux, la prévention s'adresse à la totalité de la personne du consommateur dans ses dimensions biologique, cognitive, émotionnelle, sociale, économique, culturelle, citoyenne, et morale. L'éducation civique ne représente qu'une forme atténuée de ce projet. Ceci ne fait pas référence à ce qu'il est convenu d'appeler de manière péjorative "l'ordre moral", mais s'inscrit, à l'opposé, dans le cadre de la promotion de la dignité humaine. La démarche de prévention des

comportements de consommation de substances psychoactives a besoin, pour être efficace, de s'inscrire dans les processus de socialisation qui marquent l'action éducative développée face à chaque personne et à la société. L'intégration dans la société nécessite la perception claire des valeurs sociales fondatrices et des modalités organisationnelles de la société, l'adhésion à ces valeurs, la participation et non la simple acceptation des modalités organisationnelles de la société.

La démarche de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives peut et doit s'inscrire dans cette vision humaniste, dans cette démarche de promotion de la santé, mais aussi dans une concertation avec les autres actions de prévention, en harmonie avec les principes qui sous-tendent les soins et la réhabilitation ainsi que leur organisation. Les grandes options d'une démarche de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives doivent être clairement posées.

La démarche de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives n'est qu'une partie de la démarche générale de socialisation qu'une nation doit proposer à l'ensemble des citoyens avec pour but de préserver et de développer les droits, les devoirs et les besoins de chacun. C'est ce qu'on appelle la citoyenneté.

IV - Comprendre le phénomène des comportements de consommation de substances psychoactives

Le phénomène de consommation de substances psychoactives doit être abordé non pas tel qu'il était par le passé mais tel qu'il est actuellement dans notre pays, ainsi que tel qu'il est conçu par l'ensemble des nations, la mondialisation du phénomène étant une donnée incontournable. Notre politique en matière de comportements de consommation de substances psychoactives dépend de nous, mais elle est aussi largement dépendante de ce qui se fait chez nos voisins et dans le monde. C'est un fait qui ne doit cependant pas empêcher la France d'adopter une politique de manière souveraine.

Une analyse du phénomène la plus précise possible doit être faite. Les acteurs de prévention doivent pouvoir accéder aux données les plus

pertinentes. De multiples études sont disponibles, elles utilisent des méthodologies souvent très différentes, elles sont effectuées souvent sur des populations spécifiques. Peu d'études ont été réalisées en population générale. On sait par ailleurs que l'intention qui préside à une étude en détermine la méthodologie certes, mais aussi les résultats. Les connaissances disponibles sont nombreuses et contradictoires, et si nous ne voulons pas que la prévention soit basée sur "le savoir du café du commerce", il est nécessaire et indispensable d'analyser la validité des connaissances produites, de les hiérarchiser dans un corpus de savoir acceptable par tous dans ses grandes lignes.

Une critique de l'ensemble des données doit pouvoir être proposée aux acteurs et aux décideurs, mais aussi à l'ensemble de la population. La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie doit pouvoir proposer chaque année un document de synthèse fondé sur les travaux de l'Observatoire français des drogues, de l'INSERM, du Réseau national de Santé publique, du Haut Comité de la Santé publique, du CNRS, de l'INSEE et de l'ensemble des producteurs de connaissances. Des informations doivent être disponibles dans le rapport présenté à la Conférence nationale de santé et au Parlement. Le gouvernement, quant à lui, doit avoir aussi l'initiative et la responsabilité d'un rapport annuel dont la solidité s'imposerait à tous. L'ensemble de la population aurait ainsi accès à des données fiables et présentées de manière contradictoire, et pourrait ainsi se faire une opinion. Les médias pourraient alors s'éloigner du particulier et du spectaculaire pour contribuer à une action d'éducation pour la santé à partir des données chiffrées mais surtout qualitatives.

IV.1 - Représentations sociales des comportements de consommation de substances psychoactives

Pour construire une politique de santé et plus particulièrement de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives, il est indispensable de connaître ce que l'ensemble de la société pense de ce phénomène. Les travaux de la commission Henrion et du Comité national d'Éthique, et, à un moindre titre, de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine représentent des tentatives utiles pour connaître l'état de l'opinion. Rien ne peut être fait sans connaître l'état de l'opinion. Or, cet état de l'opinion apparaît fort contrasté. Comment

connaître réellement l'opinion publique en ce qui concerne les comportements de consommation de substances psychoactives ?

Une démarche générale de prévention doit faciliter l'expression des représentations que l'ensemble de la population a de ce phénomène. Cette manière de faire a de nombreuses conséquences :

- l'état de l'opinion, s'il est mieux connu, permet de préciser ce qu'une démarche de prévention doit aborder pour modifier certains aspects de l'opinion et pour renforcer les aspects qui concourent au développement de la santé. Ceci permet aussi une meilleure adéquation entre l'état de l'opinion, les idées et les thèmes d'une part, et les recommandations proposées à l'ensemble de la population d'autre part. Cette connaissance est susceptible de permettre une meilleure acceptabilité par la population ainsi qu'une appropriation des propositions qui lui sont faite.

- cela permet de mieux connaître les effets de l'environnement idéologique dans lequel les personnes vivent et de mieux identifier les influences environnementales qui s'exercent sur elles. Chacun peut ainsi développer une position critique vis-à-vis de ces influences.

Dans l'opinion publique se juxtaposent, néanmoins, des courants de pensée très hétérogènes où l'on voit se côtoyer ceux qui considèrent les consommateurs de substances psychoactives soit comme des marginaux, soit comme des délinquants, soit comme des malades, soit comme des victimes.

De plus, il existe des groupes et des sous-groupes dont les représentations et les attitudes à l'égard des consommateurs de substances psychoactives se différencient de celles que partage la plus grande partie de la population. De nombreux travaux nous ont fait connaître la diversité des représentations, des attitudes et des comportements de ces sous-groupes. Ils permettent à des actions ciblées de prévention d'être plus adéquates avec les populations concernées.

IV.2 - Représentations individuelles

De la même manière, chacun d'entre nous a une conception et des représentations personnelles des comportements de consommation de

substances psychoactives. Sans une prise de conscience de cela, aucune démarche de prévention ne peut être menée de manière adéquate, et on ne peut en espérer une quelconque efficacité. Cette conception repose sur les expériences personnelles de rencontre avec le phénomène ou avec des consommateurs, mais aussi sur les effets sur chacun des informations reçues.

C'est à partir de ce savoir ou de cette théorie personnelle que toutes les actions de prévention seront accueillies et acceptées, qu'elles seront ou non perçues, reçues, ou intégrées.

Cela conduit aussi à une démarche économique dans les actions de prévention. Ce qui est perçu par la personne comme utile et bénéfique à son développement doit évidemment être souligné ou renforcé, mais on mettra plus d'énergie pour faire varier ce qui est dommageable pour le développement de la personne. Ceci démontre aussi que si l'accent doit être mis sur l'ensemble de la société, c'est bien au niveau de la personne que s'optimisent toutes les actions de prévention.

IV.3 - Représentations de l'environnement immédiat de la personne

Il est nécessaire de connaître et d'aborder les représentations de toutes les personnes qui gravitent autour du consommateur de substances psychoactives ou de celui ou celle qui pourrait développer de tels comportements. Il est nécessaire, en particulier, de connaître les représentations et attitudes de la famille, du milieu éducatif, du milieu professionnel. Les représentations familiales et celles du groupe homogène qui entoure une personne doivent être explicitées dans leur nature et leur diversité. Elles sont déterminantes par ce qu'elles sont mais elles doivent être appréciées dans leurs limites à accepter un changement. La facilité ou la résistance à accepter le changement est corrélée à l'adhésion et à l'homogénéité de ces représentations.

IV.4 - Représentations des intervenants en toxicomanie

Les représentations, les attitudes, les attentes en matière de prévention et l'activité professionnelle des intervenants en toxicomanie doivent être

explicitées et faire l'objet d'une expertise. En effet, le professionnalisme passe par la formulation et l'examen des actions que l'on mène, des objectifs, des méthodes et des moyens que l'on se donne.

IV.5 - Représentations des acteurs de prévention

Les acteurs de prévention forment un groupe composite comprenant les acteurs de prévention en général quels que soient les domaines et les méthodologies concernés, les professionnels et les bénévoles, si actifs et si présents dans le champ des comportements de consommation de substances psychoactives. Les représentations et attitudes face aux comportements de consommation de substances psychoactives de ces acteurs de la prévention ne vont pas manquer d'influencer explicitement ou implicitement leurs actions. Il convient donc qu'ils puissent les expliciter et prendre de la distance face à celles-ci, au cas où elles pourraient entrer en contradiction avec les actions de prévention menées, car elles entreraient en résonance avec celles-ci. Il y a là une démarche qui s'inscrit dans les compétences professionnelles.

IV.6 - Représentations des administratifs et des politiques

Il est nécessaire d'explicitier le plus complètement possible les représentations que les administratifs et les politiques ont du phénomène, afin qu'ils puissent déterminer leurs actions d'une manière éclairée d'une part, mais aussi afin que l'ensemble des personnes puisse repérer au nom de quoi sont prises leurs décisions et leurs recommandations.

D'un point de vue général, cela veut dire que l'état des représentations, des attitudes et des comportements de l'ensemble de la population, de ses composantes et de ses sous-groupes ainsi que des personnes doit être connu des acteurs de prévention et des formateurs comme préalable au choix des objectifs et des stratégies de prévention.

La démarche qui consiste pour la population, les groupes, les composantes les sous-groupes et les personnes, à porter son attention, à expertiser et à rendre compte, à formuler leurs représentations, attitudes et comportements, est un préalable indispensable à toute démarche de

prévention, et est susceptible d'être déjà à elle seule une action de prévention permettant de gérer mieux le phénomène.

Les acteurs de prévention doivent être capables d'aider la population, les groupes et les personnes à aborder et à préciser leurs représentations, attitudes et comportements. Ceci peut se faire à l'aide de méthodologies très diverses : expression théâtrale ou artistique, groupes d'expression et de paroles, etc. Ceci leur permettra une meilleure appropriation des propositions qui leurs seront faites postérieurement. Certains spécialistes de la prévention affirment que cette démarche à elle seule peut être efficace, qu'elle déclenchera l'utilisation spontanée des mécanismes de défense et d'adaptation qui ont été mis en place antérieurement dans ce domaine ou dans un autre domaine de la santé ou de la vie. Le mécanisme utilisé est connu sous le nom de transfert de compétences.

Permettre à chacun et à l'ensemble de la population d'identifier les représentations, les conceptions, les modalités d'inscription dans leur vie quotidienne des comportements de consommation de substances psychoactives, à l'aide de méthodologies appropriées, représente une action préalable à la modification des comportements. Cette identification devra être relayée par d'autres méthodes afin de réaliser deux buts : être capable d'abandonner les pratiques dommageables ; être capable d'adopter des pratiques bénéfiques.

V - Prendre en compte l'ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives

Il est intéressant de comparer les politiques de prévention conçues et utilisées en ce qui concerne l'alcool et le tabac pour mieux comprendre les politiques de santé en ce qui concerne les "drogues", dans le double but de mieux expertiser ce qui doit être fait quant "aux drogues", et de le mieux comprendre pour guider l'action. D'autre part, si nous pensons que les politiques de prévention doivent s'adresser à l'ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives, il faut voir en quoi cela est possible et réalisable, en quoi il existe des zones de rencontres et de contradictions.

Cette démarche comparative n'est que rarement menée dans ce domaine, les approches centrées exclusivement sur les produits tendent à faire éclater les démarches de prévention. Comment l'homme de la rue, destinataire de toutes ces actions, peut-il s'approprier ces démarches hétérogènes ? Cette hétérogénéité ne discrédite-t-elle pas ou n'invalide-t-elle pas la prévention ? La démarche de prévention de l'ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives est possible, elle peut et doit être menée, mais aussi s'inscrire dans cette vision humaniste, dans cette démarche de promotion de la santé, dans une concertation avec les autres actions de prévention en d'autres domaines de la santé que nous avons développées antérieurement. Les grandes options d'une démarche de prévention de l'ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives doivent être clairement posées. La comparaison entre les politiques menées quant aux consommations d'alcool et de tabac a le mérite d'explicitier toutes les options et les choix possibles lorsque l'on envisage le phénomène dans son ensemble.

V.1 - Apport des politiques de prévention en matière d'alcool

Lorsqu'on considère les conduites d'alcoolisation, les objectifs de la prévention ont progressivement dessiné une politique de prévention et de santé assez spécifique, mais dont beaucoup de points se retrouvent dans d'autres politiques.

L'alcool est dans notre pays considéré comme une "drogue légale". Son statut juridique, réglementaire, économique et culturel lui donne un caractère licite, commercial, l'inscrivant dans l'économie de marché et dans la vie quotidienne comme une substance familière et banale ; néanmoins, l'alcool est tout aussi clairement défini comme une substance à risque, susceptible d'entraîner des dommages et un comportement de dépendance. L'alcool est trop souvent dénié comme produit à risque tant son intégration comme produit culturel et économique est forte.

On n'envisage pas de proposer la consommation zéro comme objectif de prévention. On n'envisage pas de proposer dans notre pays la disparition de l'offre d'alcool ni l'interdiction de sa consommation. L'offre d'alcool est largement faite par notre société et même par l'environnement familial. Les

premiers contacts des jeunes avec l'alcool ont lieu dans la vie quotidienne des familles. De plus, le comportement d'alcoolisation et le produit lui-même sont largement valorisés dans notre culture ; d'une certaine manière les conduites d'alcoolisation sont obligatoires ou obligées ; on sait quelles sont les difficultés pour les abstinents par goût ou par obligation à faire accepter par les autres leur abstinence.

Cependant, on tente de réglementer l'offre et la consommation : taxes sur l'alcool, code des débits de boissons, réglementation de la production, de la distribution et de la publicité. On peut donc parler d'une réglementation de l'offre. Il en est de même pour le tabac, mais cela diffère radicalement de ce qui est fait pour les "drogues".

Compte tenu des effets comportementaux de l'alcool, on réglemente la consommation d'alcool dans certaines situations comme la conduite automobile, la grossesse, etc. On peut donc aussi parler d'une réglementation de la consommation.

Compte tenu des dangers sanitaires liés à la consommation d'alcool, on va recommander une consommation modérée d'alcool. Mais, dans le même temps, on va se faire l'écho des bénéfices induits par la consommation d'alcool : facilitation des rapports sociaux, desinhibition des comportements, réduction de la probabilité de survenue de l'infarctus du myocarde.

La démarche de prévention se donne alors pour objectif de:

- reculer le plus possible l'âge des premières consommations ;
- promouvoir une consommation modérée ;
- encadrer la consommation ou l'interdire dans certaines circonstances et situations, comme la conduite automobile, encore que là c'est la "consommation excessive" qui est visée et non la consommation elle-même, mais il faut noter que pour le pilotage d'avions ou de trains, c'est la consommation zéro qui est exigée dans un cadre réglementaire mais non dans un cadre législatif ;
- encadrer les activités entraînant une manipulation d'appareils ou d'engins pouvant comporter des conséquences sur autrui. C'est une des grandes préoccupations de la médecine du travail ;

- éviter ou maîtriser les dommages liés aux conduites d'alcoolisation que ceux-ci soient biologiques, psychologiques, affectifs, sociaux ou économiques. Ces dommages peuvent toucher le consommateur lui-même, voire sa descendance dans le cadre de ce que l'on appelle le syndrome d'alcoolisme fœtal, qu'il serait préférable de dénommer syndrome d'alcoolisation fœtal (S.A.F.), son environnement ou la société. Une grande partie des actions en cette matière vise à éviter les dommages pour autrui des comportements des consommateurs de substances psychoactives ;

- éviter l'évolution des conduites d'alcoolisation régulière vers la dépendance.

Les conduites d'alcoolisation entrent dans le cadre des comportements de consommation de substances psychoactives dont la gravité fait en France l'objet d'un véritable déni. La démarche de prévention se distingue ici de celle classiquement proposée en ce qui concerne les comportements de consommation d'autres "drogues". On ne se donne pas comme objectif la non consommation d'alcool, la non initialisation, on ne donne pas à la consommation elle-même un statut d'acte illicite. Seules sont répréhensibles les consommations d'alcool entraînant des dysfonctionnements biologiques, comportementaux ou sociaux. On se donne deux objectifs : la gestion des risques induits par l'alcool et l'absence d'évolution vers la dépendance.

V.2 - Apport des politiques de prévention en ce qui concerne le tabac

Le tabac est aussi considéré comme une substance psychoactive. Quelle est notre politique de santé, et en quoi celle-ci peut-elle nous éclairer dans la construction d'une politique de prévention de consommation des autres substances psychoactives ? Si, pendant longtemps, la politique de prévention du tabac s'est apparentée à celle qui était proposée en ce qui concerne l'alcool, elle est devenue aujourd'hui une politique de prévention fondée essentiellement sur deux objectifs : empêcher l'initialisation du comportement et conduire l'ensemble de la population, les usagers et pas seulement les dépendants, à l'abstinence.

Il faut remarquer que l'argumentation développée pour obtenir la non consommation et l'abstinence s'appuie sur la mise en avant des dommages

considérables encourus par les usagers eux-mêmes et par leur entourage - tabagisme passif -, alors que l'accent est moins mis sur la survenue de la dépendance, des troubles comportementaux et des désordres sociaux, bien que ceux-ci commencent à être soulignés. La crainte des dommages devrait, plus que la crainte de la dépendance, rendre abstinent. Dans le cas particulier du tabac, l'impact sur les dépenses de santé est mis en avant, alors qu'il ne l'est pas ou presque pour les drogues illicites, et à un moindre titre pour l'alcool, ce qui est étonnant compte tenu de l'importance des coûts, qui sont bien supérieurs en ce qui concerne l'alcool que le tabac et les drogues. La responsabilisation du citoyen en tant qu'acteur économique est utilisée comme argument pour provoquer un comportement bénéfique pour la santé.

D'autre part, à l'inverse des drogues illicites et de l'alcool, les actions de prévention du tabagisme ont une forte orientation vers la population générale. Donner une image très négative du tabac et du fumeur a été recherchée. La pression sociale a été largement utilisée. L'action sur le fumeur lui-même n'a cependant pas été négligée, mais elle est moins importante que ce qui est mis en place en ce qui concerne l'alcool et les "drogues".

Avec une très grande clarté, la politique de prévention du tabagisme se donne comme objectif la consommation zéro. Il est à noter que la dimension médicale la plus orthodoxe sous-tend cette politique : "le tabac est dangereux pour la santé et nuit gravement". Cette conception médicale s'est imposée et a conduit à opposer à une image sociale et culturelle positive du tabac et de son consommateur, telle que la société d'il y a vingt ans la mettait en scène dans la vie quotidienne, littéraire, artistique, une image sociale négative, antisociale, voire délinquante du consommateur.

La politique concernant le tabac est une politique d'autorité. Ceux qui savent les dommages liés à l'usage du tabac enjoignent chacun de cesser une pratique dommageable pour lui, pour son environnement (tabagisme passif, coût pour la société). L'objectif de la consommation zéro est basé sur la conception d'un produit, qui serait dans tous les cas dangereux, alors que l'alcool ne serait dangereux qu'à doses "excessives".

L'objectif de la consommation zéro de tabac est formellement posé en France comme l'objectif qui doit être atteint. Pratiquement, on se rend compte de plus en plus qu'il est difficile de l'obtenir et qu'une frange non négligeable de la population récusé cet objectif. Il convient donc d'avoir des actions de prévention spécifique, en direction de cette population.

Enfin, la politique de prévention en matière de tabac responsabilise chacun face à la prise du risque, en l'informant clairement sur les dommages liés à la consommation. Cela veut dire que si l'action majeure de prévention s'est faite en direction de l'ensemble de la population, un autre volet de la prévention se donne pour objectif de faciliter la demande d'aide individuelle en ce qui concerne le sevrage. Il y a là un exemple de qualité des interactions positives entre les actions de prévention vis-à-vis de la population en général et la facilitation dans le cadre des démarches individuelles.

V.3 - Démarche générale de prévention de l'ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives

Drogues douces versus drogues dures ?

Lorsque l'on confronte les conceptions qui sous-tendent les politiques mises en place en ce qui concerne les conduites d'alcoolisation et la consommation de tabac d'une part, et celles qui ont trait aux autres substances psychoactives, on est amené à constater qu'il existe d'importantes différences et des singularités qui souvent se cumulent dans les programmes de prévention.

Dans certains pays, ce sont des critères neurobiologiques, pharmacologiques et cliniques qui servent à déterminer le caractère licite ou illicite d'une substance psychoactive. En réalité, ils ne sont pas suffisants. Le caractère licite ou illicite est déterminé par de nombreux autres critères, notamment culturels et éthiques.

Si les arguments neurobiologiques servent à confirmer ou à infirmer le caractère licite ou illicite d'un produit, ils conduisent à des polémiques et des disparités dans le choix et le contenu des objectifs de prévention et de soin.

La neurobiologie et la pharmacologie nous confirment qu'une substance psychoactive peut induire des modifications psycho-comportementales d'une part, et un comportement de dépendance d'autre part.

Habituellement, les substances psychoactives sont classées par rapport à l'induction des désordres psycho-comportementaux. Ce classement est souvent le classement de l'opinion publique. On avance ainsi que le tabac, comme le haschich, induirait peu de désordres psycho-comportementaux, alors que l'alcool, plus particulièrement au cours de l'ivresse, l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines et l'ecstasy auraient des effets psycho-comportementaux plus importants.

Par ailleurs, la neurobiologie et la pharmacologie ainsi que la clinique caractérisent les substances psychoactives susceptibles d'induire une dépendance. Il est démontré que le pouvoir inducteur de la dépendance n'est pas identique pour toutes les substances psychoactives. Ceci est à l'origine de discussions entre les scientifiques fundamentalistes et les cliniciens, qui souvent apprécient différemment ce pouvoir inducteur de dépendance. Par ailleurs, les données scientifiques actuelles conduisent à penser que toutes les substances psychoactives seraient susceptibles d'induire une dépendance à plus ou moins long terme. À cet égard, la discussion est très vive quant aux pouvoirs "toxicomanogènes" des médicaments psychotropes. Il est impossible de nier les bénéfices que les patients qui présentent un trouble mental tirent de l'utilisation des médicaments psychotropes. Il ne saurait être question de ne pas les utiliser, même si il faut reconnaître que certains d'entre eux sont susceptibles d'induire des dépendances. Dans ce cas, des règles précises d'utilisation doivent être respectées. La prévention met alors l'accent sur le respect des règles encadrant l'usage.

Dans ce document, nous souhaiterions mettre en évidence que la distinction entre drogue dure et drogue douce n'apparaît pas comme une base solide pour asseoir une politique de santé dans ce domaine ; en effet, cela revient à ne mettre l'accent que sur le pouvoir inducteur de dépendance des substances psychoactives ainsi que sur les désordres psycho-comportementaux indépendamment des modalités de la consommation, de la personnalité du consommateur et de la singularité de

son environnement. Néanmoins, cette distinction a été adoptée par toute une partie de la population. Il faudra donc l'aborder et argumenter pour convaincre de la dimension réductionniste de cette approche et des conséquences que cela peut provoquer sur les modes de consommation.

Prévenir l'ensemble des comportements de consommation de l'ensemble des substances psychoactives

La comparaison entre les politiques mises en place actuellement en ce qui concerne les différentes substances psychoactives propose plusieurs grands objectifs :

- choisir la consommation zéro comme objectif,
- empêcher ou reculer dans le temps l'initialisation de la consommation,
- gérer la consommation du produit,
- réduire les dommages dans le cadre d'une politique de réduction des risques,
- éviter le passage de l'usage à la dépendance.

On s'aperçoit que tous ces objectifs sont généralement proposés en même temps et qu'il y a là à gérer un certain nombre de contradictions. Le concept de drogue douce ou de drogue dure a servi à renforcer l'opinion selon laquelle les drogues dures devraient faire l'objet d'un programme de consommation zéro alors que les drogues douces devraient faire l'objet d'un objectif de gestion de la consommation. C'est l'option qui a été choisie par les Pays-Bas par exemple et à laquelle la France n'adhère pas. On voit bien là le dilemme dans lequel nous nous trouvons. Ce dilemme ne peut être résolu par la seule référence à la neurobiologie et à la pharmacologie, il s'agit d'un choix de société.

Dans ce document on considérera l'ensemble des substances psychoactives comme susceptibles d'induire des désordres psycho-comportementaux et une dépendance psychologique et physique à plus ou moins long terme. Il convient donc de classer les comportements de consommation de substances psychoactives dans le cadre des comportements à risque, ce qui justifie une nouvelle fois une prévention générale. C'est-à-dire une prévention fondée sur la personne et les dommages qu'elle subit, et non sur la seule nature de la substance.

La communauté scientifique internationale affirme qu'il convient de considérer dans leur ensemble les trois types de comportement : usage, abus ou usage nocif et dépendance. Elle recommande que ces comportements de consommation de substances psychoactives soient abordés en référence aux comportements à risque.

Des politiques sous-tendues par des approches différentes, voire contradictoires

On s'aperçoit, cependant, que les politiques de santé concernant les différentes substances psychoactives se sont construites à partir de prémices très différentes, souvent de nature culturelle, rarement de nature scientifique, mais qu'elles ont maintenant une tendance à s'uniformiser dans une perspective plus générale.

On note, dans le cadre des politiques de santé, des démarches de nature différentes cohabitant entre elles. Certaines politiques de prévention, ou une partie de celles-ci, se sont fondées sur la nature du produit. Cette approche "produit" continue à inspirer un bon nombre d'actions de prévention menées en France. Le produit est considéré comme bon ou mauvais, acceptable ou non. La politique de prévention "produit" se donne comme objectifs :

- identifier les produits et être capable de les identifier,
- informer sur les produits et leurs caractéristiques,
- diminuer ou faire disparaître l'offre de produit,
- interdire ou réglementer la consommation du produit.

Mais les politiques de prévention centrées sur les produits se sont modifiées, entrant quelquefois en contradiction avec les principes de base inauguraux. Le haschich apparaît maintenant pour certains moins dangereux que le tabac, le non passage à la dépendance devient aussi important comme objectif que celui d'empêcher les premières consommations. L'appréciation du degré de dangerosité des substances qui fonde une partie des actions de prévention a été profondément modifiée. S'il existe un déni de la dangerosité de l'alcool, la dangerosité du tabac est de plus en plus soulignée, celle du haschich de plus en plus passée sous silence, voire niée, et l'ecstasy aurait tendance à n'être considérée que comme une drogue récréative, alors que c'est une drogue dangereuse.

Dans la démarche de prévention, les acteurs doivent permettre à ceux et celles qui sont l'objet de l'action de prévention de différencier quels sont les différents choix qui sous-tendent les politiques différentes selon les produits, d'identifier les bases qui ont servi à ces choix, de repérer la manière dont elles s'inscrivent dans les modalités de la prévention, de comprendre ce qu'elles ont en commun et ce qui les différencie, et ainsi de réfléchir et de construire eux-mêmes les modalités d'une prévention qui leur soit propre.

À côté de l'approche "produit", s'est développée une approche fondée sur les modalités de la consommation, ce qui met le consommateur au centre de la prévention.

Ainsi trois orientations sont possibles :

- rendre la personne capable de ne pas consommer, car la consommation représente un risque (c'est ce qui est préconisé pour les drogues illicites et choisi maintenant pour le tabac) et est susceptible d'induire des dommages pour le sujet et son entourage ainsi que d'induire un comportement de dépendance ;

- rendre la personne susceptible de gérer une consommation sans encourir de risques (c'est ce qui est proposé pour l'alcool et pour les médicaments psychotropes). Nous oscillons toujours entre le degré zéro de la consommation et la possibilité ou l'illusion de la consommation gérée, réglée, sans problème. Dans ce choix entre les deux orientations, les statuts des produits psychoactifs, qu'ils soient pharmacologiques, cliniques, économiques, culturels ou législatifs interviennent conjointement ;

- faire que les comportements de consommation des substances psychoactives n'évoluent pas vers la dépendance.

En fait, ces trois options cohabitent dans tous les programmes de prévention. Les trois options doivent être utilisées conjointement si on veut réaliser un programme de santé susceptible de conduire à des gains de santé.

Mais à un niveau général, ces différentes options sont-elles justifiées ou non ? La plupart des acteurs de prévention estiment qu'une prévention doit agir sur l'ensemble des comportements de consommation quelle que soit la substance consommée, et que cet objectif de prévention doit s'inscrire dans

une politique visant à développer la capacité à gérer sa santé et plus particulièrement à gérer le risque.

Comprendre pourquoi différentes politiques ont été instaurées dans le temps permet aussi aux acteurs de prévention de saisir le côté évolutif de la prévention et de témoigner du fait qu'il s'agit là d'une action qui s'inscrit dans le temps et qui doit garder un potentiel évolutif.

VI - Les grandes options d'une démarche de prévention primaire

Dans ce grand cadre, trois grands choix doivent être posés et leur validité doit être appréciée afin qu'ils s'imposent à tous les acteurs de prévention et à la population. Ils doivent faire l'objet d'un programme de prévention articulant des objectifs généraux et des objectifs spécifiques ou thématiques.

VI.1 - Prévenir l'initialisation de la consommation

En France, la politique de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives, comme dans beaucoup de pays, s'est donnée comme seul objectif pendant longtemps de prévenir l'initialisation de la consommation.

En d'autres termes, comment faire pour que les personnes à qui les substances psychoactives sont proposées refusent cette consommation ? Comment leur donner les ressources suffisantes pour refuser cette offre ? Ceci explique pourquoi, traditionnellement, les jeunes ont représenté, jusqu'à présent, la cible privilégiée de la prévention, les autres composantes de la nation ayant été un peu négligées. C'est pourquoi, la réduction de l'offre et la répression du trafic représentent des actions fortes qui entrent dans le cadre de cette politique de prévention. Ces deux objectifs doivent être maintenus avec détermination.

VI.2 - Mettre en œuvre une politique de réduction des risques

Les constatations épidémiologiques actuelles montrent qu'un très grand nombre de consommateurs de substances psychoactives, et ce nombre ne

cesse de croître, sont identifiés dans notre pays ; leur consommation entre dans le cadre de ce qu'il est convenu d'appeler l'usage de substances psychoactives. Dans certains pays, on avance que beaucoup de consommateurs de certaines substances psychoactives ne sont pas susceptibles d'encourir des dommages. On parle d'usage réglé ou banalisé. Ceci conduit au grand débat sur la légalisation éventuelle ou la dépénalisation de la consommation de certaines substances psychoactives. De nombreuses études en population générale, surtout à l'étranger il est vrai, montrent que beaucoup de ces consommateurs en restent là, ou arrêtent après une période plus ou moins longue de consommation. Il y aurait un grand intérêt à préciser quels sont les facteurs de protection à l'œuvre, car cela pourrait permettre de mettre en place d'autres types d'actions de prévention visant à arrêter la consommation après les premières consommations. Malheureusement, cela n'est pas toujours vrai pour beaucoup d'utilisateurs de substances psychoactives qui vont évoluer vers l'usage nocif et vers la dépendance. La nature et les modalités d'action des facteurs de protection présentent une grande diversité, comme cela a été montré antérieurement. Cependant, soulignons ici deux facteurs pour illustrer des bases opératoires d'action de prévention promotionnelles et non stigmatisantes, entrant dans le cadre de ce qu'on appelle la santé positive : "la reliance sociale", c'est-à-dire la capacité d'utiliser les aides qu'apportent l'appartenance vivante à un "groupe-support", et la capacité à demander de l'aide.

La prévention des dommages potentiels représente un volet essentiel d'une politique de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives. C'est ce que l'on nomme la politique de réduction des risques. Le concept de réduction des risques est un concept d'origine anglaise, *harm reduction*. L'objectif est d'obtenir par une action pragmatique une modification partielle ou totale d'un phénomène de santé. L'objectif limité que l'on se donne peut être obtenu indépendamment des autres objectifs que l'on recherche également quant à ce même phénomène, cela même contradictoirement. La politique de réduction des risques a, en France, une connotation centrée trop exclusivement sur le non partage des seringues et sur l'utilisation des thérapeutiques de substitution. En fait, on doit englober dans ce concept toutes les actions visant à ce que les dommages induits directement ou indirectement par les comportements de

consommation ne surviennent pas. C'est authentiquement une politique de prévention.

- Les complications infectieuses et virales sont les plus connues et les plus médicalisées. Elles doivent faire l'objet d'actions spécifiques en cohérence avec les politiques de prévention ayant trait à ce domaine. Le catastrophique état sanitaire des consommateurs a été souligné depuis longtemps, et les maintenir dans un état de santé satisfaisant devient un objectif thématique prioritaire.

- Les dysfonctionnements sociaux, la délinquance, la marginalisation, l'inadaptation, les troubles psychopathologiques, les difficultés professionnelles, les difficultés sociales représentant soit des déterminants, soit des conséquences des comportements de consommation de substances psychoactives doivent aussi faire l'objet d'un objectif thématique de prévention.

Dans certaines politiques, on individualise :

- la prévention des dommages chez les consommateurs de substances psychoactives,
- la prévention des déterminants de ces dommages comme à l'origine des comportements de consommation de substances psychoactives.

Ces actions de prévention mettent bien en évidence le chevauchement entre la politique générale de prévention des consommations de substances psychoactives et les multiples politiques de prévention ayant trait à d'autres domaines de la santé.

VI.3 - Empêcher l'évolution de l'usage à la dépendance.

Il est d'une impérative nécessité de se donner comme objectif de prévention le non passage à la dépendance. Cette formulation négative est importante. Les facteurs de vulnérabilité qui conduisent à la dépendance, les déterminants de cette évolution, les éventuels facteurs de protection doivent être pris en compte. Empêcher cette évolution qui inscrit les consommateurs dans une dramatique carrière représente un objectif légitime de la prévention, d'égale importance que celui qui vise à empêcher l'initialisation. Ce thème doit être abordé conjointement avec les deux précédents.

Les comportements de consommation de substances psychoactives ont un caractère évolutif. Face à l'offre de substances psychoactives, deux éventualités sont possibles : soit l'absence d'usage, soit une première consommation. L'objectif sera, après une première consommation, d'obtenir une non consommation.

Le passage peut se faire de la première consommation vers un usage régulier et réglé, vers un usage à problèmes ou vers l'usage nocif. Tout ceci est le domaine électif des actions de prévention.

Eviter le passage de l'usage nocif à la dépendance doit être aussi inclus dans les objectifs des programmes de prévention.

Cependant, l'évolution de la première consommation vers l'usage nocif et vers la dépendance n'est pas obligatoire et l'on constate, sous l'influence des actions de prévention et de soins, un retour vers l'absence de consommation. L'"escalade" n'est pas inéluctable.

En ce qui concerne la dépendance, trois problématiques doivent être développées : une problématique soignante visant à l'abstinence, une abstinence médiatisée par les thérapeutiques de substitution et le suivi psycho-social, une réhabilitation ou réinsertion.

Des objections peuvent être faites à ces nouvelles orientations de la prévention primaire. Certains persistent à penser que, dès qu'une personne a consommé une ou des substances psychoactives, elle sort du cadre de la prévention primaire et ne relèverait plus que du dispositif soignant, c'est-à-dire de la prévention secondaire. Même si, d'un point de vue légal, ce consommateur entre dans le cadre d'une action répréhensible, cela ne lui donne pas le statut de malade, même, si par ailleurs, cela lui confère le statut de délinquant. Si on se réfère à la notion de santé, incontestablement ces consommateurs prennent des risques pour leur santé, l'évolution vers la dépendance représentant un des risques majeurs. Nous proposons donc d'inclure d'emblée dans le cadre de la politique française de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives la prévention de l'évolution vers la dépendance des usagers de substances psychoactives.

Chapitre IV

MÉTHODES ET STRATÉGIES

I - Les principes généraux

Certains principes généraux, s'ils sont respectés, garantissent pour une large part l'efficacité des stratégies et des méthodes employées tout autant que le choix de celles-ci. L'impact des actions est majoré si un certain nombre de conditions sont réunies.

I.1 - Une attitude fondée sur quelques principes éthiques : respect, solidarité, participation

L'analyse des représentations de la drogue et de la "toxicomanie" au sein de la société montre bien la réalité de l'angoisse suscitée par les drogues, au-delà de la réalité de leurs méfaits. Cette angoisse traduit l'inquiétude d'une société qui voit certains de ses membres, notamment certains de ses jeunes, s'autoriser des modes culturelles originales, des fuites, des interrogations qui la mettent en cause et qui, à terme, pourraient la mettre en péril.

Comme l'a montré *Jalons*, en 1994, toute intervention de prévention qui ne commencerait pas par s'inscrire en faux contre ces représentations simplistes, génératrices de xénophobie, de racisme anti-jeune et d'exclusion des consommateurs et des "toxicomanes", est vouée à l'échec. Son échec induirait de fait un renforcement du regard négatif porté sur toutes les personnes concernées.

Ainsi, une éducation pour la santé qui irait dans le sens d'une normalisation, d'une culpabilisation ou d'une "fétichisation" de la santé (santé performance, éternelle jeunesse), ou encore dans le sens de la marginalisation de ceux qui prennent des risques pour leur santé serait nuisible sur le plan social et individuel.

Sur le plan social, la prévention ne peut être que fondée sur les faits et sur l'acceptation de la remise en cause de nos habitudes et de nos certitudes qu'ils provoquent.

Débarassé des représentations sociales paralysantes et destructrices, l'intervenant en prévention ne saurait, même involontairement, prendre des attitudes qui désignent son interlocuteur, consommateur abusif ou dépendant, comme objet de réprobation ou d'exclusion. De même, l'intervenant ne saurait présenter le "toxicomane" en stigmatisant son attitude. En matière de prévention, le premier mot clé est donc respect : respect de la personne, de ses désirs, de ses difficultés et de son itinéraire.

Le deuxième mot clé est solidarité, celle qui s'exprime notamment dans la mise en œuvre de la politique de réduction des risques, de l'accès aux soins, celle qui fonde les réseaux d'intervention.

Il existe un troisième mot clé pour la prévention, celui de participation, fondement de la santé communautaire. Il ne suffit pas d'avoir du respect et de se sentir solidaire. Il faut, sur un lieu donné, provoquer l'expression des gens, susciter leurs questions, faire naître des solutions de consensus, et ainsi inciter à un partenariat fécond.

I.2 - Inscription dans la durée

Pour qu'une action d'éducation pour la santé et de prévention soit véritablement efficace, il est nécessaire qu'elle ne soit pas ponctuelle et elle doit s'inscrire dans la durée. Des programmes à long terme, articulés en plusieurs sous-programmes cohérents doivent être mis en place. La cohérence dans le temps est une exigence absolue. Mais il convient d'être particulièrement attentif à l'articulation entre les différents sous-programmes. Chaque sous-programme peut se révéler bien conçu, utilisant des stratégies adéquates et en référence à une éthique solide, mais l'ensemble peut être inefficace ou dommageable parce que les articulations n'ont pas été suffisamment réfléchies.

I.3 - Un environnement favorable

Pour qu'une action d'éducation pour la santé et de prévention soit efficace, il convient qu'elle ne soit pas en contradiction avec l'univers dans lequel elle s'inscrit. On doit éviter une dissonance entre le milieu ambiant, ce qu'il souhaite et ce qu'il est, ce qu'il peut accepter, et l'action de prévention.

Il est inutile de mobiliser les résistances d'une population, de renforcer ses défenses, et il est préférable de s'appuyer sur les capacités spontanées et sur les aspirations déjà manifestées par ailleurs. Cette attitude de non contradiction, voire d'alliance, avec l'environnement n'empêche pas de promouvoir des actions visant à la mobilisation. Très concrètement, les termes de "lutte contre", de politique volontariste, contraignant la population à penser sur un modèle unique ou imposé, pourraient représenter les formes extrêmes de cette attitude.

Si, face à une population, on lui propose des informations, des actions par trop contradictoires avec ce qu'elle sait, pense ou ressent, une opposition se manifesterait et aura un effet paradoxal. Cependant, un certain nombre de groupes minoritaires, ou d'idées minoritaires, exercent incontestablement une fonction mobilisatrice sur l'ensemble d'une société. Compte tenu de cela, et en contradiction avec ce qui a été dit antérieurement, des actions de prévention non conformes aux représentations et aux idées de l'ensemble de la population peuvent apparaître comme légitimes à condition qu'elles soient identifiées comme tel.

Les objectifs que se donnent les actions de prévention, les actions elles-mêmes et les stratégies doivent être réalisables dans le contexte donné. Se fixer des objectifs inatteignables, des stratégies au-delà des compétences, et des méthodes non maîtrisées n'a aucun sens et n'a qu'une valeur incantatoire, qui, de plus, discrédite les politiques de prévention.

I.4 - L'évaluation

Toute action d'éducation pour la santé et de prévention doit, lors de son élaboration, comporter une réflexion sur l'évaluation et les méthodes nécessaires à celle-ci. Cette exigence légitime permet à chacun de rendre compte des actions menées. Cela passe d'abord par l'écriture des objectifs envisagés, l'argumentation des stratégies choisies, les raisons qui ont présidé aux choix des méthodes ainsi qu'à la nature des financements.

Cependant, il serait dommageable de ne construire des actions de prévention que si leur évaluation doit être rigoureusement programmée dès le départ. Il convient aussi dans les stratégies d'évaluation de laisser la place à ce qui pourrait advenir et qui n'a pas été prévu. Car l'imprévu traduit l'appropriation par les personnes qui ont fait l'objet de l'action de prévention et conduit à modifier ce qui avait été initialement prévu. Il ne faut pas perdre le bénéfice de cette production de l'action de prévention qui n'avait pas été prévue.

Enfin, certaines actions de prévention apparaissent comme bénéfiques, mais leur évaluation s'avère tellement difficile que l'on pourrait être tenté de ne pas les mettre en place parce que inévaluable, cela serait dommage.

I.5 - Une action suffisante

Pour qu'une politique de prévention soit efficace, il faut qu'elle puisse atteindre une masse critique. Si une politique de prévention en un domaine est par trop discrète, elle n'a non seulement pas d'efficacité, mais provoque aussi une contre-réaction, faisant croire que ce problème n'est pas important ou suffisamment important pour mobiliser les acteurs de santé et l'ensemble de la population.

Si, au contraire, elle est trop importante, elle s'assimile à une action de matraquage visant à contraindre les gens à penser ou à agir d'une certaine manière, ce qui déclenche pour une partie de la population des réactions de soumission qui n'ont qu'une durée temporaire ou des réactions de rejet actif.

II - Les acteurs de prévention

Tout spontanément, ceux qui ont une expérience et une connaissance clinique d'un phénomène pensent qu'ils sont compétents pour devenir des acteurs de prévention. À l'opposé, beaucoup pensent que la démarche de prévention nécessite des compétences spécifiques qui ne sont pas obligatoirement liées à l'expérience du phénomène acquise dans un champ professionnel déterminé.

II.1 - Les anciens consommateurs

Le domaine des comportements de consommation de substances psychoactives a à cet égard pris une position très marquée. De très nombreuses actions de soins et de réhabilitations offertes aux consommateurs de substances psychoactives ont été rendues possibles et ont été réalisées avec l'aide et le concours d'anciens consommateurs. Estimant qu'ils connaissaient le problème, ceux-ci ont non seulement collaboré à la mise en place d'actions de prévention mais aussi à leur conceptualisation.

En ce qui concerne la prévention thématique ou spécifique, les anciens consommateurs peuvent avoir une compétence dans l'aide à la conceptualisation des projets d'action de prévention, car ils sont en mesure de rendre compte des facteurs qui leur ont permis de modifier leur comportement, de dire si une action de prévention est adaptée et si elle est appropriable par les consommateurs ; mais est-il absolument certain qu'ils puissent mener à bien des actions de prévention ? Peut-on imaginer qu'ils soient capables de maîtriser les mécanismes d'identification de leurs interlocuteurs, résister à l'envie de leur proposer uniquement les aides qui leur ont été personnellement utiles, percevoir les autres demandes de leurs interlocuteurs ?

II.2 - Les intervenants en toxicomanie

De manière symétrique, les intervenants en toxicomanie, dont l'expérience professionnelle de qualité acquise, soit dans la dimension de l'accompagnement soit dans celle du soin, est indiscutable, ont pensé que cela leur conférerait *ipso facto* la capacité de construire et mener des actions de prévention, et ceci plus particulièrement dans le cadre de la politique de réduction des risques.

II.3 - Les spécialistes en santé publique

Face à ces experts, les professionnels de la santé publique, de la prévention et de l'éducation pour la Santé ont fait valoir que ces connaissances et l'expérience des anciens consommateurs et des intervenants en toxicomanie ne conféraient pas *ipso facto* les compétences nécessaires pour mener des

actions de prévention, qu'il fallait pour cela des compétences spécifiques, qu'accompagner, aider, soutenir, soigner n'était pas prévenir ou éduquer. Les spécialistes en santé publique et en éducation de la santé estiment disposer de ces compétences en ce qui concerne la prévention générale et spécifique, et qu'ils partagent ces compétences avec tous ceux dont la mission exprimée en des champs très divers est de former et d'éduquer. Mais la question est finalement de savoir quelles sont les compétences nécessaires pour concevoir et mener à bien des actions de prévention adéquates aux besoins et attentes de la population et des personnes.

II.4 - Les interlocuteurs environnementaux naturels

Lorsqu'il s'agit d'une démarche de prévention générale visant à permettre à chacun d'entre nous de gérer sa santé, de développer sa personne, de donner du sens à sa vie, de participer à la vie communautaire, de créer et d'aimer, de nombreux interlocuteurs naturels sont présents, disponibles, susceptibles de procurer une aide efficace et féconde, et de faire des propositions éducatives. Ces "porteurs de sens" et ces "personnalités-supports", au sens anglo-saxon du terme, sont nombreux et leurs qualifications sont multiples. Il s'agit d'acteurs naturels de la prévention générale et des premiers relais de prévention spécifique, leur aide et leurs actions pouvant être profitables et concourir au développement de la personne, lui permettant d'augmenter ses compétences, de gérer sa santé, d'atteindre le plein épanouissement de ses capacités. Les compétences ainsi mobilisées pourront être utilisées dans la maîtrise des comportements de consommation de substances psychoactives. Cette action, très à distance du comportement de consommation de substances psychoactives lui-même, est utile, nécessaire, indispensable et efficace. Il s'agit là des interlocuteurs environnementaux naturels, dont la fonction est de procurer une aide à distance de ce phénomène, mais aussi d'aider à la maîtrise de comportements de consommation de substances psychoactives.

Tous ces intervenants ont donc une place légitime dans la démarche générale de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives. Ils posent comme hypothèse que leurs compétences acquises dans d'autres domaines, à distance de celui des comportements de consommation de substances psychoactives, pourront être utilisées dans ce champ. Il s'agit là d'un transfert de compétences.

Dans cette catégorie des interlocuteurs naturels, acteurs de prévention générale, visant donc à développer les compétences à gérer la santé, on classe généralement les enseignants et le système éducatif, les acteurs sociaux et culturels, les acteurs économiques et politiques, que ceux-ci s'inscrivent soit au niveau de l'État, des collectivités territoriales, soit dans le cadre de systèmes associatifs ou d'actions individuelles.

II.5 - Place et rôle de l'école

La prévention des comportements de consommation de substances psychoactives se fait de manière privilégiée dans le milieu scolaire. Elle s'inscrit dans le grand cadre de l'éducation à la santé en informant l'ensemble des élèves quant aux risques pris, quant à la santé et quant aux comportements bénéfiques pour la santé. Cela consiste aussi à responsabiliser les élèves et les futurs citoyens, là comme ailleurs.

Les enseignants représentent pour la majorité des jeunes, à côté de leurs parents, les adultes de références. Cela est particulièrement vrai pour les enfants des classes sociales les plus démunies et culturellement les plus défavorisées.

Le système de santé scolaire, placé depuis 1989 sous la responsabilité du ministère de l'Éducation nationale, joue là un rôle essentiel. La prévention de la santé individuelle et collective a constamment été réaffirmée comme un objectif prioritaire.

L'importance des premiers apprentissages aux comportements de santé n'est plus à démontrer. L'enfance est une des périodes de la vie les plus propices à ces apprentissages ; les bases ainsi acquises persistent, et même si elles sont plus tard malmenées, elles rendront ensuite possible l'utilisation des stratégies thérapeutiques.

L'école représente aussi un milieu où on peut aider les élèves à repérer les informations en ce qui concerne la santé, à les acquérir, à les valider, mais aussi le lieu où se déroulent des situations concrètes, où on peut les mettre en action ; cela permet aussi d'ouvrir les élèves aux influences extérieures, et de mettre en action dans le milieu extérieur, avec l'aide de l'école, les

comportements de santé appris ; il s'agit là d'un apprentissage *in situ* encadré.

La plupart des enfants fréquentent l'école, c'est donc une opportunité formidable pour développer la santé mais aussi pour réduire les inégalités. Pour ceux et celles qui quittent rapidement le milieu scolaire, des actions spécifiques doivent être mises en place. Dans ce cas, la *health protection* doit faire place à la *health promotion*.

C'est pourquoi, la promotion de la santé, l'éducation à la santé doivent tenir une place importante dans le cadre des processus éducatifs. Les comportements de consommation de substances psychoactives doivent être une thématique clairement identifiée et les actions doivent mettre l'accent :

- sur les déterminants qui incitent ou non à la consommation plutôt que sur les produits ;
- sur la responsabilité de chacun dans ses comportements vis-à-vis de lui-même et vis-à-vis d'autrui ;
- sur les choix, leur nature, leur fondement en ce qui concerne les comportements ;
- les aspects bénéfiques des comportements de santé, et notamment de l'abstinence dans le cadre de la gestion des comportements à risque, en évitant de ne présenter que les dommages et les dangers induits.

Pour cela, il faut soutenir les compétences de l'ensemble des enseignants, en leur proposant des informations validées, des méthodes éducatives, des objectifs clairs, mais aussi en leur faisant comprendre l'importance de leur attitude personnelle dans ces actions. Un soutien de l'ensemble des personnels de l'établissement doit être proposé.

Il y a donc là une triple démarche de prévention :

- une démarche éducative globale visant à développer et à augmenter les compétences de l'enfant,
- une démarche d'identification aux adultes, les enseignants adoptant des comportements bénéfiques pour la santé,
- une éducation à la santé dans laquelle le terme substances psychoactives apparaît et prend son sens au milieu de thématiques diverses et plus vastes.

Enfin, le milieu scolaire dans son ensemble doit être conçu, tout comme chaque enfant, comme une entité destinataire des acteurs de prévention, mais aussi comme un acteur dans l'élaboration et le développement des programmes de prévention.

II.6 - La famille

Certains "préventologues" ne considèrent pas la famille comme actrice de prévention, car elle n'adopte pas une démarche explicite et raisonnée de prévention ; ils ont la même attitude envers les interlocuteurs naturels de l'enfant ou de la famille qui interviennent à des titres divers dans le milieu de vie. À l'inverse, l'importance de la famille, plus particulièrement auprès des enfants et des adolescents, mais aussi auprès des adultes, confère à celle-ci une forte valeur structurante sur les comportements dans leur ensemble.

Dans l'acception d'une démarche préventive implicite de la famille dans le domaine des comportements de consommation de substances psychoactives, la famille agira en proposant des modèles généraux de comportements bénéfiques pour la santé, des modèles d'évitement des comportements dommageables, des représentations, des théories... La famille utilisera les processus d'identification et d'apprentissage liés aux affects et aux émotions. Il s'agira là d'une transmission de modèles. Cependant, les attitudes et les modèles de la famille peuvent ne pas être pertinents par rapport à la santé. Il y aura alors un apprentissage de modèles négatifs pour la santé.

Les comportements appris très tôt développent une forte résistance au changement. La famille est donc une interlocutrice pour les actions de prévention, mais d'une manière un peu particulière. Développer les capacités implicites de prévention de la famille consiste à lui permettre :

- d'identifier ses comportements et ses attitudes quant à la santé,
- d'identifier les besoins des membres quant à leur vie et leur santé,
- de soutenir chaque membre de la famille et d'animer la famille,
- d'identifier les fonctionnements et les dysfonctionnements, de les valoriser ou de les faire disparaître,
- de favoriser l'autonomie individuelle des membres, mais d'aider à ce que des buts communs soient atteints,

- d'inscrire chacun et la famille dans un milieu social.

On pourrait penser que la famille en elle-même ne représente qu'un ensemble de facteurs de protection et de vulnérabilité, ceci est vrai, mais au-delà elle est actrice de prévention, et, à ce titre, elle est la cible des programmes de prévention.

Tous ces acteurs peuvent aussi vouloir développer des actions explicitement centrées sur les comportements de consommation de substances psychoactives. Ils le font à partir de leurs compétences propres avec la nécessité d'articuler leurs actions avec les interventions spécifiques dans ce domaine et les autres partenaires de la prévention.

III - Les compétences

La prévention nécessite des compétences particulières. Trop peu de gens possèdent en France ces compétences. Une formation est nécessaire pour qui souhaite s'investir dans le domaine de la prévention. On voit bien les avantages et les inconvénients des actions de prévention menées par ceux qui sont désireux, avec altruisme et bonne volonté, de créer des actions de prévention. Ceux-ci ne sauraient être rejetés, mais il doivent, pour que les inconvénients ne surpassent pas les bénéfices, collaborer et être encadrés par les spécialistes de la prévention que l'on nomme quelquefois avec un peu d'emphase les "préventologues". D'autre part, faut-il distinguer en ce qui concerne la prévention des comportements de consommation de substances psychoactives les spécialistes de la prévention compétents dans la prévention générale et ceux compétents dans la prévention concernant les petits groupes ou les individus. Il s'agit là d'une proposition soutenue par beaucoup et plus particulièrement par les acteurs de la santé communautaire. Est-il possible de cumuler tous les rôles lorsqu'on a un statut bien déterminé, exercés dans un cadre particulier ?

Les compétences requises pour devenir acteur de prévention font appel à de nombreux domaines et nécessitent une formation spécifique. Nous avons dit que les acteurs naturels qui, à des titres personnels et professionnels, agissent auprès de la population, développent des actions implicites de

prévention globale et que cela relève de compétences acquises à partir de leur formation professionnelle initiale et de leur exercice professionnel. Si, par ailleurs, ils souhaitent développer des actions intentionnelles de prévention, une formation spécifique est alors indispensable.

Il en est de même pour les professionnels impliqués dans la prise en charge des consommateurs de substances psychoactives ; leurs compétences acquises dans ce domaine ne leur confèrent pas *ipso facto* des compétences en matière de prévention.

Quant à la formation aux actions de prévention, elle peut faire partie de la formation professionnelle initiale des différents acteurs médico-sociaux, c'est alors un objectif parmi d'autres dans la formation.

Il existe par ailleurs une formation continue à la prévention. Deux choix s'offrent à nous : soit chaque secteur professionnel organise sa propre formation à la prévention, soit on organise des cycles de formation transdisciplinaire. L'abord transversal du phénomène des comportements de consommation de substances psychoactives ne peut qu'en bénéficier. Une question se pose alors. Faut-il une formation générale à la prévention ou une formation spécifique à la prévention des comportements à risque, ou des comportements de consommation ?

Rappelons simplement ici que les compétences tiennent à la fois de la formation personnelle, du comportement de l'acteur de prévention, des savoirs acquis, de la maîtrise des théories et des outils de la prévention.

III.1- Formation personnelle

Cette formation est indispensable car elle est rendue nécessaire par l'implication personnelle de l'acteur de prévention dans les actions et programmes. D'autre part, la prévention moderne implique que les acteurs de prévention facilitent l'expression des besoins de la population, leur participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes de prévention. Enfin, les interactions nécessaires dans cette action de santé publique sont denses et doivent être identifiées pour éviter les biais et effets pervers, et pour optimiser les actions et les évaluations.

Citons, par exemple, parmi les compétences relevant de la formation personnelle de l'acteur de prévention :

Il doit pouvoir connaître et maîtriser ses propres représentations et attitudes quant aux comportements qu'il souhaite voir gérer par ceux à qui est destiné le programme de prévention.

Il doit pouvoir aider les personnes et les groupes à percevoir et à exprimer tout ce qui touche aux comportements en cause.

Il doit pouvoir évaluer les besoins et attentes des personnes, les compétences quant aux comportements et les compétences générales des sujets à gérer leur santé.

Il doit pouvoir expliciter les attentes et besoins afin de faciliter leur réalisation.

Il doit pouvoir promouvoir les compétences spontanées des personnes à inventer des stratégies d'autogestion des comportements.

Il doit pouvoir clarifier des propositions insuffisamment formulées par les personnes ou aider à l'élaboration de nouvelles propositions sans vouloir les imposer.

Il doit permettre de développer chez les autres la capacité à demander de l'aide d'une part et à utiliser cette aide.

Il doit pouvoir provoquer le mécanisme d'appropriation par les personnes des propositions faites.

Il doit conformer ses actions aux valeurs des personnes et de la société dans une démarche respectueuse.

Il doit connaître les différentes méthodologies et stratégies utilisables dans le domaine de la prévention.

Il doit être capable de prendre de la distance, gérer son implication personnelle.

Il doit pouvoir exprimer clairement ses objectifs et justifier le choix de ses méthodes.

Il doit mettre en place des stratégies d'évaluation de ses actions.

Il doit pouvoir replacer ses actions dans le cadre de la santé et dans une perspective humaniste.

Il doit aussi pouvoir accepter que ses interventions soient remises en question et modifiées.

Une aide à la formation personnelle doit être apportée à ceux qui souhaitent s'investir dans la prévention. Cette formation personnelle n'est pas spécifique au champ de la prévention des consommations de substances

psychoactives. Les programmes de formation développés par de multiples organismes non liés aux actions de formation en matière de "toxicomanie" peuvent être utilisés.

III.2 - Les savoirs nécessaires

Beaucoup d'autres compétences sont exigées des acteurs de prévention et, en particulier, une connaissance du phénomène sur lequel ils doivent intervenir. Si nous souhaitons accroître la compétence des acteurs de prévention, il convient d'exiger d'eux une meilleure analyse des comportements de consommation de substances psychoactives. Ils doivent avoir une bonne connaissance du phénomène.

Connaître l'ensemble des savoirs disponibles est nécessaire pour mener des actions. Les différents savoirs sont issus de sources de production de connaissances très diverses. Le problème est donc de définir comment on peut présenter l'ensemble de ces savoirs afin que les acteurs potentiels de prévention puissent se les approprier. Les sources étant multiples et de qualité hétérogène, il serait souhaitable que, comme il en existe dans d'autres pays, de grands documents de synthèse sur les connaissances acquises en France et dans les autres pays soient proposés ; en France les différents savoirs sont peu accessibles compte tenu de leur publication dans des supports très fragmentaires.

Il convient d'insister plus particulièrement sur la nécessité de créer des centres de documentation rassemblant les savoirs et les expériences. Lorsqu'on considère les comportements de consommation de substances psychoactives, on ne peut qu'adopter une approche transversale du phénomène : cela rend difficile l'analyse des données, mais aussi leur rassemblement. Un gros effort a été fait avec Toxibase et il doit être amplifié, d'autres bases documentaires doivent être montées ou développées dans les centres de documentation universitaires et scientifiques, les mots clefs utilisables actuellement ne permettent pas de saisir l'ensemble des connaissances.

Comme nous l'avons dit plus haut, les formations des acteurs de prévention sont très éclatées, très disparates, très parcellaires. Elles sont organisées à partir et pour des compétences professionnelles spécifiques. On constate

alors que des savoirs fragmentaires sont transmis, qu'une approche comparative des savoirs n'est pas proposée, ce qui aboutit à une adhésion à des savoirs de référence éclatés et inadéquats pour mener un programme de prévention. Il en est de même pour l'accueil et les soins. Cela conduit à fragmenter les équipes, à les opposer au nom de "mini savoirs pertinents". Ceci est source de confusion et d'inefficacité. Enfin, cela ne favorise pas le travail en partenariat dans le cadre de la prévention, ce qui est grave.

La transmission des savoirs et leur appropriation par les acteurs de prévention nécessitent un abord critique des savoirs. Le corpus théorique à l'origine des productions de savoirs doit pouvoir être clairement identifié.

Il convient d'insister plus particulièrement sur la nécessité de créer des centres de formation permettant de rendre disponibles ces savoirs. Lorsque le corpus théorique sous-jacent au savoir n'est pas fortement validé, mais présente un caractère opératoire ou heuristique, il est nécessaire que soient très clairement différenciés ces savoirs des savoirs validés.

Compte tenu de la somme importante de connaissances que nous avons sur ce phénomène, il n'est donc pas possible d'exiger une connaissance exhaustive des savoirs pour les acteurs de prévention de terrain ; par contre, pour ceux qui ont à penser les politiques de prévention dans ce domaine, il n'en est pas de même.

Pour les acteurs de terrain, certains savoirs sont nécessaires et indispensables ; ils doivent être rassemblés autour de thèmes transversaux regroupant les savoirs issus de disciplines différentes. C'est donc un savoir de synthèse qui est nécessaire.

III.2.1 - Des savoirs académiques sur le phénomène

A - Savoirs sur l'offre de substances psychoactives dans son ensemble :

- la nature des produits proposés,
- les modalités de l'offre,
- la régulation de l'offre,
- les réponses faites aux différents systèmes d'offre.

B - Savoirs sur les différentes modalités d'expression des comportements de consommation de substances psychoactives : usage occasionnel de petites ou de grandes quantités, usage régulier ou irrégulier, usage nocif ou abus, dépendance, rémission, abstinence, comportement de consommation de substances utilisées dans le cadre de la substitution, polyconsommation.

C - Savoirs sur la personnalité des consommateurs : modèles rendant compte du développement de la personnalité dans ses dimensions biologiques, psychologiques, sociologiques et culturelles ; notions de facteurs de vulnérabilité, de protection, de déterminants biologiques, psychologiques et sociaux, déterminants psychopathologiques primaire ou secondaire.

D - Savoirs autour des produits : les produits eux-mêmes, les modalités de leur administration, effets en fonction des modalités de la consommation, les modalités du trafic.

E - Savoirs sur les effets de l'environnement sur le sujet et savoirs sur la nature et le fonctionnement de l'environnement immédiat du sujet (famille, groupe de pairs, milieu scolaire, milieu de vie spécifique...), et de l'environnement à distance (groupe de consommateur, milieu de vie habituel, milieu de vie singularisé par la consommation).

F - Savoirs sur les réponses apportées par la société à propos de la consommation de substances psychoactives :

- les aspects législatifs et réglementaires,
- les aspects culturels et moraux,
- les aspects économiques et sociaux,
- les dispositifs sociaux et soignants,
- les acteurs et les différentes politiques de santé et leurs objectifs.

G - Savoirs sur les dommages sanitaires, sociaux et économiques liés aux consommations.

H - Savoirs sur les pratiques soignantes et les dispositifs médico-sociaux.

III.2.2 - Des savoirs sur les modèles de prévention

Il convient, par ailleurs, que l'acteur de prévention puisse connaître les théories et les modèles qui sous-tendent les actions de prévention, et qu'il puisse, au travers de toutes les actions de prévention qu'il conduit, être capable de déterminer quel modèle qu'il utilise.

L'acteur de prévention doit pouvoir écrire les objectifs qu'il se donne, les méthodes qu'il emploie, les objectifs qu'il souhaite atteindre. Il doit être capable d'argumenter le choix de ses objectifs et l'articulation entre méthodes et objectifs.

Ceci implique, par ailleurs, que l'on développe chez l'acteur de prévention l'idée que l'évaluation est nécessaire, que les méthodes d'évaluation doivent être choisies lors de l'élaboration du programme de prévention, qu'il connaisse la diversité des stratégies d'évaluation et sache comment les développer.

III.2.3 - Des savoirs en matière de santé publique

L'acteur de prévention doit être familier avec la démarche de santé publique afin d'inscrire son action dans cette problématique. La démarche de santé publique doit servir de référence constante à son action de prévention. L'acteur de prévention doit pouvoir différencier les actions d'éducation pour la santé, les notions de prévention générale et les actions de prévention thématique. Dans le cadre d'une problématique de santé publique, il doit être capable d'articuler les actions de prévention en matière de consommation de substances psychoactives avec celles menées dans d'autres domaines de la santé ou de l'intervention sociale par d'autres acteurs.

III.2.4 - Des savoirs sur les méthodes de la prévention

La connaissance des méthodes utilisables en matière de prévention est indispensable pour le futur acteur de prévention. Ces méthodes feront l'objet d'une formation spécifique parce qu'elles se différencient des méthodes habituellement utilisées dans le champ de l'éducation en général, mais aussi du soin, de la réinsertion et de la réhabilitation.

Il sera nécessaire par exemple de connaître la différence entre les méthodes utilisables en population générale et celles utilisables face à un groupe populationnel donné, caractérisé par l'âge, la situation ou le comportement. La différence entre les méthodes de prévention au niveau national et celles de prévention au niveau loco-régional en est un bon exemple.

Avoir l'expérience des différentes méthodes de prévention est indispensable, mais savoir comment construire un programme et le mener à bien relève d'une formation plus opératoire que théorique.

Si nous avons dit nos préférences pour une formation en matière de prévention dépassant les clivages professionnels, l'objectif à atteindre sera de permettre à chacun de développer toutes les actions de prévention, mais il faudra aussi tenir compte des compétences initiales des futurs "préventologues" et de leurs champs professionnels.

III.3 - La prise en compte des facteurs de protection et de vulnérabilité

Nous avons insisté sur la notion de facteurs et de déterminants. Nous espérons alors que l'on pourra distinguer une politique qui tentera de modifier le phénomène comportemental d'une politique qui tentera de peser sur les facteurs et les déterminants du phénomène et ne portera donc pas ses efforts directement sur l'expression du phénomène. Nous avons bien précisé antérieurement qu'il n'y avait pas là une interprétation causaliste. C'est pourquoi, il n'est pas question ici de causes, mais de facteurs et de déterminants. Nous avons donc individualisé ce chapitre pour donner un relief tout particulier à cette option de prévention.

III.3.1 - Les facteurs de protection

Développer et soutenir les facteurs de protection est essentiel. Ce sont eux qui, en donnant des repères aux jeunes, leur permettent d'acquérir estime de soi et respect des autres, capacité à choisir et à s'autonomiser, capacité à mener leur vie, c'est-à-dire pouvoir résister à des sollicitations d'origines diverses, trouver le chemin d'une bonne gestion de leur santé ou la capacité de prendre la décision de l'arrêt des consommations.

Leur mise en œuvre est à l'origine de l'acquisition de compétences et d'habileté psychologiques et sociales. La valorisation de ces facteurs de protection doit s'inscrire dans les processus d'éducation mis en place, non seulement à l'école dans le cadre des projets d'établissement, mais aussi dans les lieux d'activités et de vie extra-scolaires. Les propositions éducatives à caractères culturel, sportif et artistique faites aux jeunes sont justifiées dès lors qu'elles poursuivent clairement un objectif de valorisation des facteurs de protection et qu'elles s'en donnent les moyens grâce à la qualité des cadres et à la rigueur des méthodes retenues.

Dans l'ensemble du projet éducatif, le rappel de la loi, des limites, des devoirs et de la citoyenneté permet de proposer aux jeunes en particulier et aux citoyens en général de quoi rendre plus actifs les facteurs de protection. Le travail éducatif dans son ensemble visera à articuler ces facteurs de protection afin qu'ils permettent de répondre ou de s'opposer de manière adéquate aux propositions faites par l'environnement, non seulement par rapport aux propositions de substances psychoactives, mais par rapport à toutes les conduites à risques.

III.3.2 - Les facteurs de vulnérabilité

Parallèlement au travail fait sur les facteurs de protection, un travail doit être mené sur les facteurs de vulnérabilité. L'identification des facteurs de vulnérabilité, des facteurs de risque, pourra se faire à partir des multiples comportements permettant d'alerter l'attention des acteurs de prévention bien avant que n'apparaissent les premières consommations. Ceci entre dans le cadre de ce que nous avons appelé la prévention générale ou globale.

Lorsqu'on se trouve face à un consommateur consommant depuis peu de temps, il convient de souligner que la consommation elle-même devient facteur de vulnérabilité. L'expertise des autres facteurs de vulnérabilité, mais aussi des facteurs de protection permettra d'évaluer la probabilité de la pérennisation des consommations et de ne pas attribuer à une consommation occasionnelle un rôle décisif. C'est l'action sur les facteurs déterminants qui sera le gage d'efficacité plus qu'une action uniquement centrée sur le comportement de consommation occasionnel.

IV - Les supports et les moyens

Posons comme acquis le fait que l'acteur de prévention connaisse les savoirs précédemment exposés et qu'il maîtrise les différentes méthodes et méthodologies de la prévention, la formation consistera alors à lui permettre de choisir en fonction des objectifs qu'il se donne le support le plus pertinent.

Le choix du support va dépendre de plusieurs facteurs :

- certains supports conviennent à certaines actions thématiques plus qu'à d'autres ;
- certains supports seront choisis uniquement parce que les acteurs de prévention seront capables de les maîtriser et en auront une expérience ;
- certains supports conviendront plus aux actions en direction de l'ensemble de la population ou en direction d'un groupe ciblé ou dans le cadre d'une action préventive individuelle ;
- les modèles théoriques de la prévention que l'on souhaite utiliser, par exemple la séquence information, communication, modification des comportements dans le cadre de la théorie de la modification des représentations liées à la santé, nécessiteront un ensemble de supports diversifiés séquentiellement reliés entre eux ;
- des acteurs rassemblés, des financements obtenus, des exigences conjoncturelles.

IV.1 - L'étude des représentations, la connaissance des besoins et attentes

Si l'on se donne ces buts, de multiples moyens sont disponibles. Il sera nécessaire de développer des lieux et des modalités d'expression individuelle ou collective. Ces moyens n'auront rien de spécifique aux comportements de consommation de substances psychoactives, ils sont utilisés partout et chaque fois qu'on cherche à atteindre ces objectifs, dans quelque domaine de la santé que ce soit ; c'est l'intentionnalité de leur application dans ce champ spécifique qui va les caractériser.

Dans les démarches de santé communautaire, connaître les besoins et attentes représente la première étape. De nombreux moyens sont utilisables. Donnons quelques exemples : les enquêtes, les questionnaires,

les expressions spontanées, les témoignages de "toxicomanes", d'anciens "toxicomanes", d'adolescents, le contenu des appels téléphoniques à Drogues Info Service, l'analyse anthropologique du phénomène, les lieux d'écoute jeune, les lieux d'accueil parents, les groupes de discussion, les jeux de rôle, les "paroles d'adolescents", les expressions théâtrales, artistiques, vidéo et cinématographiques, les animations de quartier, les clubs santé, les comités d'environnement social... Cette liste n'est pas limitative. On se donne donc deux objectifs : 1 - l'expression des représentations, des besoins et attentes afin de permettre à ceux qui s'expriment de s'approprier leur propre expérience en la communiquant, et 2 - l'élaboration de programmes de prévention adéquats.

Lors de ces activités, l'acteur de prévention aura pour objectif de repérer, au cours du déroulement de l'action, l'expression des besoins et attentes, sans bloquer la dynamique spécifique à l'action menée. Dans un second temps, il y aura reprise de ce qui a été exprimé et ceci indépendamment de la valorisation des actions provoquées par ces techniques. Ceci nécessite une professionnalisation de ces actions. Il doit être clairement exprimé que ces actions ont pour objectif précis de repérer les représentations, les besoins, les attentes, afin de pouvoir finaliser les actions qui en découleront. Enfin, si on a facilité l'expression des besoins, cela veut dire qu'une action cohérente avec ces besoins doit être engagée ultérieurement.

IV.2 - La responsabilisation des personnes

Si l'on se donne comme objectifs la responsabilisation du sujet, le développement des facteurs de protection, la capacité de décider par soi-même, on peut faire appel à d'autres pratiques :

- à des pratiques collectives culturelles, artistiques ou sportives, dès lors qu'elles construisent autour de l'objectif à atteindre une méthodologie rigoureuse et qu'elles s'assurent d'un encadrement qualifié. L'objectif sera de rendre les personnes auteurs et acteurs de la prévention ;

- à des pratiques plus individuelles, impliquant le recours à des théories sur les comportements, issues du domaine de la médecine, de la psycho-sociologie ou des sciences de l'éducation. Ces pratiques s'appuient sur l'implication personnelle de l'intervenant dans sa rencontre avec les destinataires de la prévention ;

- à des pratiques renforçant les facteurs de protection pour assumer des choix et acquérir la capacité de résister aux propositions de l'environnement (Bandura, théorie du *locus of control*) ;

- à des pratiques susceptibles de développer des attitudes de refus face aux propositions dommageables, en particulier chez l'enfant. Apprendre à développer un argumentaire de réponse aux sollicitations. (inoculation cognitive de Mc Guire) ;

- à des pratiques renforçant la conformité à la norme (groupe de pairs) pour favoriser l'intégration dans des groupes non usagers autour de centres d'intérêts diversifiés mais partagés ;

- à des pratiques visant à rendre désirable la santé et convaincre chacun de sa capacité à mettre en œuvre des comportements bénéfiques pour la santé ;

- à des pratiques visant à donner une image positive des abstinents et une image négative mais non stigmatisante des consommateurs car cela pourrait nuire à la demande d'aide ;

- à des pratiques visant à créer les conditions de démarches rationnelles chez les adolescents (action raisonnée d'Ajzen et Fishben), et amorcer la prise de conscience des risques et l'analyse en groupes restreints des avantages et inconvénients de telle attitude ou tel comportement.

IV.3 - Place de l'information

Le souci de répondre aux besoins d'information est légitime et communément exprimé comme étant une des modalités les plus pertinentes dans les actions de prévention. L'information est même très souvent retenue comme support central de l'action de prévention.

On constate habituellement que l'ensemble de la population, et plus particulièrement ceux qui sont exposés à l'offre de produit, mais aussi les consommateurs eux-mêmes, ne disposent pas d'une information pertinente et de qualité sur les produits et les comportements de consommation. Il convient donc de placer l'information comme un élément clé mais non suffisant des politiques de prévention. Cette information doit être proposée à l'ensemble de la population dans une communication de masse tout autant qu'aux groupes vulnérables et à chaque individu.

Cette action d'information passe par des méthodologies de communication différentes en fonction des objectifs que l'on se donne : information à destination du grand public, information à l'usage de personnes vulnérables ou consommatrices, information à l'usage des non consommateurs.

Quel est le contenu de l'information qu'il faut donner à celui ou à celle qui n'a jamais consommé de substances psychoactives, à celui ou à celle qui en consomme occasionnellement, à celui ou à celle qui se trouve usager ou dépendant, dans le cadre de la politique de réduction des risques ?

Mais aussi quelle information donner à la famille, à l'environnement proche, à l'environnement professionnel. Quelle information donner aux leaders d'opinion, aux décideurs administratifs et politiques, aux médias, afin d'éviter les effets pervers et favoriser la gestion de la santé par la société et les personnes.

Proposer des informations à une personne, à un groupe ou à l'ensemble de la société doit répondre à des objectifs identifiés. L'information en elle-même apporte des éléments qui permettront l'appréciation d'un comportement et une évaluation de ce qui peut conduire à sa pérennisation. Néanmoins, proposer de l'information n'apporte pas en soi une garantie sur l'adoption d'un comportement. Si l'information est indispensable, il faudra lui ajouter de quoi transformer le comportement, c'est-à-dire faire adhérer la personne à l'information. Cela veut dire que toute information doit être relayée par d'autres types d'actions. Être informé ne conduit pas obligatoirement à l'adoption, à la modification des comportements.

La nature même de l'information va avoir une influence positive ou négative sur l'adoption ou le rejet d'un comportement. En ce qui concerne les comportements de consommation de substances psychoactives, les informations qui ont trait à la dangerosité du produit, à la stigmatisation sociale négative et reposant sur la peur ne donnent pas toujours des résultats aussi positifs qu'on aurait pu l'espérer. On constate même des effets appétitifs sur certaines personnalités.

L'information adressée à l'ensemble de la population doit être très générale, acceptable par tous, susceptible de n'être pas contredite par des faits. Elle

doit provoquer et soutenir les actions d'information qui seront menées à d'autres niveaux.

Lorsque la prévention s'adresse à un groupe, on doit diversifier la nature des informations proposées, on peut montrer la complexité du problème, voire même les contradictions qui peuvent exister entre différentes informations. Le travail consistera alors à développer chez les personnes formant ce groupe des capacités d'appréciation des informations et d'appropriation de certaines d'entre elles ou de toutes les informations proposées.

Lorsque la prévention s'adresse à une personne, on peut proposer de très nombreuses informations. On ne répètera pas celles que le sujet a déjà faites siennes, on lui proposera celles qu'il n'a pas encore adoptées, on développera sa capacité à apprécier et à peser la validité des informations et à choisir, à adopter et à mettre en pratique celles qui lui conviennent.

L'information à elle seule ne peut résumer les actions de prévention. Proposer des informations pertinentes et validées de manière accessible à l'ensemble de la population et des personnes devra s'articuler avec les autres méthodes de prévention. C'est pourquoi, nous préconisons la construction de programmes de prévention incluant des actions d'information, des actions visant à augmenter les compétences de la société et des personnes à gérer leurs comportements, leurs conduites tant en ce qui concerne les comportements de consommation de substances psychoactives que l'ensemble de leur vie.

On perçoit facilement que l'élément essentiel consistera à permettre l'appropriation de ces informations par la population ou les personnes qui en ont été les destinataires. L'appropriation de l'information ne dépend pas seulement de la validité de l'information mais dépend de son acceptabilité. L'acceptabilité d'une information dépend de son degré de congruance ou d'opposition aux savoirs préalables. Elle dépend aussi de la nature des savoirs et des représentations développés par la population ou les personnes en d'autres domaines : l'acceptabilité est contextuelle. Pour qu'une information soit appropriable par le sujet, il convient de s'assurer qu'un certain nombre de préalables permet de situer la nouvelle information

dans une chaîne d'informations appartenant déjà à la population ou aux personnes.

Pour qu'une information puisse devenir appropriable par la population ou une personne, il convient que celles-ci puissent percevoir les conséquences d'une telle information et que ces conséquences puissent leur sembler désirables.

IV.4 - Agir directement sur le phénomène des comportements de consommation

Par contre, si l'on souhaite agir directement sur les comportements, les actions de prévention vont être de plusieurs ordres :

- soit mener des actions visant à créer de nouveaux comportements appelés "comportements bénéfiques" pour la santé ou comportement "de substitution" au comportement que l'on souhaite voir disparaître ;

- soit développer des stratégies de dissuasion des comportements dommageables en visant à les supprimer, l'argumentaire peut alors être très diversifié. Cette seconde option est moins efficace que la première. Promouvoir la santé a de meilleurs effets que de s'attaquer aux comportements dommageables en terrorisant, rejetant, disqualifiant.

IV.5 - Agir sur les facteurs de protection et de vulnérabilité

Un très grand nombre d'actions de prévention ne cherche pas à agir directement sur les comportements de consommation de substances psychoactives. Ces actions cherchent plutôt à diminuer les facteurs de vulnérabilité et à augmenter la puissance des facteurs de protection. Les supports pourront être déterminés en fonction des niveaux d'intervention choisis et n'auront aucun caractère de spécificité. Cette manière de concevoir les choses implique qu'il sera souvent difficile d'évaluer leur impact direct sur les comportements de consommation, ceci ne remet pas en cause leur efficacité mais rend plus compréhensible le défaut de leur visibilité.

Parmi ces actions, on peut citer :

- aider à l'affirmation de soi par des actions participatives ;

- aider la capacité à demander et à recevoir de l'aide dans le cadre du *coping* et de la "reliance sociale", en créant des groupes d'appartenance ou d'actions concertées. Ces actions passent par une réflexion collective construite à partir des besoins et des attentes des populations et des individus, mais aussi à partir des capacités sociales et culturelles de l'ensemble de la population. Cela amène à des relies socio-culturelles, à des idées partagées, à des identités sociales de référence et à un sentiment fort d'appartenance à la société.

Toute la politique de la ville, toute la politique sociale, toute affirmation des principes fondateurs d'une société concourent à développer les facteurs de protection.

Encourager des actions de solidarité, favoriser la participation des citoyens à la vie sociale, leur donner une place d'acteur dans le développement, les inscrire dans une tâche, un rôle, un emploi ont le même but.

Ce type d'objectif implique que les "questions de l'existence" soient prises en compte : ces actions doivent viser à aider les personnes, notamment les enfants et les adolescents, à construire leur identité et leur autonomie, à développer leurs compétences, à faciliter la communication et les aptitudes sociales. Cela implique qu'on énonce les lois, les règles d'une société qui s'imposent à tous.

Cela suppose aussi que les intervenants nationaux et professionnels développent des savoirs pertinents pour aider au développement des personnes, mais aussi à pour donner une considération respectueuse.

Développer les facteurs de protection est l'affaire de toute la société, de toutes ses composantes dans une perspective humaniste et citoyenne.

Pour beaucoup, ces actions n'apparaîtront pas comme des actions explicites de prévention, elles sont cependant d'authentiques actions de prévention et parmi les plus efficaces. Elles font partie du devoir de chacun. Nous sommes tous acteurs de prévention.

Toutes ces actions seront diversifiées selon que l'on s'adressera à l'ensemble de la population, à un groupe de population, à une tranche d'âge

ou à une personne, mais elles ont toutes la même intentionnalité, la même finalité.

Il en est de même lorsqu'on cherche à réduire les facteurs de vulnérabilité : la lutte contre l'échec scolaire, la violence, la marginalité... ont là leur place. Cela s'inspire du même grand principe : aider à penser, aider à être acteur, aider à faire face.

Au plein sens du terme, c'est aider à construire une personne responsable dans un environnement donné. Il ne s'agit pas de mots, il s'agit d'une idée de l'homme et de la société.

L'absence de lien social prive le citoyen de la protection que constitue l'intégration dans un tissu social. Lutter contre ce facteur de vulnérabilité peut se faire en renforçant les liens verticaux de solidarité, mais surtout les liens horizontaux et de proximité. La reconstruction des liens sociaux par des actions très diversifiées est un moyen efficace pour faire diminuer les comportements de consommation de substances psychoactives, en renforçant les compétences générales des personnes et des groupes quant à leur santé.

Nous avons besoin d'une politique de santé qui donne toute sa place à la prévention, dans laquelle sont impliqués les citoyens, les groupes, la population, les associations, l'État, les collectivités territoriales.

Dans cet esprit, il convient de choisir les supports permettant :

- de comprendre et de s'adresser à des gens vivant des situations concrètes ,
- de saisir leur milieu de vie dans sa complexité,
- d'identifier les points forts et les points de vulnérabilité et d'agir sur les deux à la fois,
- de repérer, comprendre et anticiper les changements sociétaux,
- de catalyser le changement,
- d'articuler l'intérêt général et l'intérêt de la personne.

IV.6 - La prévention, c'est l'art de convaincre

« L'art de persuader consiste autant en celui d'agréer qu'en celui de convaincre. »

Pascal.

Pour qu'une idée s'impose, il ne suffit pas d'être convaincant, de toucher la personne, il faut encore s'appuyer sur un réseau humain et technique, "une m diasph re". Pour que les idées quant à la santé deviennent actives, il faut qu'une large partie de la population y adhère. Une action de masse est donc nécessaire. Elle est menée par les grands organismes d'éducation à la santé, mais aussi par les actions politiques et administratives, locales et régionales. Ceci permet de faire que les idées deviennent concrètes et se transforment en réalité.

Les supports de diffusion ont une importance considérable en ce qui concerne les comportements de consommation de substances psychoactives, ils doivent tous être utilisés dans le cadre de ce qu'il est convenu d'appeler les médias. Ceux-ci forgent les opinions et les représentations.

Il existe actuellement une approche culturelle des consommations de substances psychoactives qui fait de ces comportements des comportements banals et acceptables ou acceptés, voire valorisés, comme pour l'alcool et le cannabis. Mais il existe aussi une approche culturelle qui stigmatise ces comportements. Comment communiquer sur le risque de manière cohérente au travers des médias ? Cela nécessite un consensus social et, par voie de conséquence, que l'expression des opinions diverses soit constante, développée et discutée devant tous.

« Qu'il s'agisse de la presse spécialisée ou de la presse d'information générale, de la presse écrite ou de la radio et de la télévision, les médias joueront plus que jamais un rôle essentiel dans la réussite de l'action de prévention. Pour conserver leur capacité d'attention, il faudra fournir des informations spécifiques et concrètes, prévoir des temps forts dans la communication, et surtout être en mesure d'apporter des réactions rapides face à une actualité souvent conflictuelle sur la drogue. » CFES, 1997. Il existe en fait de véritables "représentations télévisuelles" dont le fort impact émotionnel suscite des comportements stables.

Une politique de prévention devra choisir ses supports afin de déclencher la participation et l'adhésion de la population aux objectifs de prévention.

IV.7 - Les financements

« La grandeur du penseur tient autant
à son sens de l'organisation qu'à la
valeur de ses idées. »

Régis Debray

Nous avons dans ce document proposé des objectifs, mais aussi et surtout incité à la création de programme de prévention dans le cadre d'une politique cohérente et durable de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives.

Pour que leur mise en place soit possible, il faut la volonté des acteurs de toute nature, mais aussi un financement régulier et à long terme de cette politique, à la hauteur des enjeux.

Agir sur une conjugaison de facteurs nécessite des actions multiples et diversifiées, et cela est coûteux en compétences, en personnes, en temps et en argent, mais aussi en considération.

IV.8 - Des supports adaptés aux destinataires

Le choix des supports dépend des savoir-faire des acteurs mais doit être adapté aux destinataires et à l'objectif que l'on se donne dans le cadre d'une action de prévention globale ou spécifique.

Si l'on souhaite développer les capacités préventives du tissu social et de ses acteurs, on peut mettre en place des actions de communication en direction du grand public, en menant des actions sur les représentations, les opinions, les attitudes par des communiqués, des actions médiatiques, des informations, des témoignages, des valorisations des actions entreprises. Il s'agit là d'une sensibilisation du "grand public", de la société au phénomène de comportements de consommation de substances psychoactives, mais il s'agit aussi de faire réfléchir et d'apporter, non seulement des solutions, mais des éléments de réflexion pour animer l'action de tous. Il s'agit

également de renforcer le tissu social et d'éviter sa segmentation. La sensibilisation des élus locaux et des leaders d'opinion est donc essentielle.

Si, d'autre part, on se donne comme but l'éducation pour la santé, les supports devront être adaptés aux destinataires. Donnons trois exemples. Les parents et la famille sont les interlocuteurs naturels des jeunes, mais aussi de la société. Leurs actions ont un rôle déterminant. Il ne suffit pas de leur donner des informations pertinentes, il faut encore les soutenir dans le cadre de leur action éducative, on utilise pour cela, en France, le terme d'éducation familiale. Ce soutien consiste à leur permettre d'identifier les besoins nécessaires aux enfants pour développer harmonieusement leur personnalité et leur permettre une socialisation efficace, mais aussi leur permettre d'identifier leurs compétences éducatives, les soutenir dans ces tâches, leur fournir une aide et un appui en cas de dysfonctionnement personnel, familial ou de l'enfant, leur proposer des lieux et des compétences clairement identifiables où cette aide et ce soutien peuvent leur être fourni, que ceux-ci aient une vocation générale ou spécifique. Enfin, il est nécessaire que le métier de parent soit clairement identifié comme un devoir des parents, que cela leur apporte la considération de tous et qu'ils puissent compter sur tous les acteurs de la vie sociale pour les aider. Les associations familiales, les associations de parents d'élèves, les points d'accueil parents, les associations de famille de personne en difficulté avec les substances psychoactives développent des actions pertinentes avec des méthodologies identifiées. Mais d'autres types d'actions peuvent être mis en place dans une dimension de proximité.

Quant à la population jeune, le choix du support de l'action de présentation devra répondre à des critères précis d'adaptation à leur âge développemental, à leur insertion scolaire et sociale, à leurs compétences. Les actions d'animation et d'expression conviendront mieux aux jeunes scolarisés et insérés socialement, tandis que des actions participatives de proximité permettront aux moins insérés de développer leur identité, de prendre une place dans une action puis dans la société, de développer une solidarité et un respect de l'autre, de mettre en place une affirmation de soi qui apportera les possibilités de responsabilisation et de choix. Accompagnement, accueil, soutien et exercice des compétences retrouvées conduisent à la capacité d'exercer un plus grand contrôle sur les comportements à risque et à faire des choix favorables à la santé.

Toutes les constatations cliniques, toutes les enquêtes démontrent que les comportements de consommation de substances psychoactives sont différents chez les garçons et les filles, chez les hommes et les femmes. Cela est rarement pris en compte dans les actions de prévention alors que les différences liées à l'âge s'imposent aisément. Nous sommes habitués à concevoir le destinataire de la prévention comme une personne asexuée.

QUANT À L'AVENIR

De manière radicale, la politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives menée depuis plus de trente ans pourrait être considérée comme inefficace, compte tenu de l'augmentation, de la diversification et de la gravité de ces comportements.

Est-ce étonnant quand on considère le multidéterminisme de ces comportements et leur constante mutation, les efforts des trafiquants qui amplifient et diversifient l'offre, l'hétérogénéité des actions de prévention et le faible montant des sommes investies.

Il ne faut ni renoncer à agir, ni renoncer à ces efforts sans aller jusqu'au scepticisme de la formule de Guillaume le Taciturne « Point n'est besoin d'espérer pour entreprendre, ni réussir pour persévérer » inscrite au fronton du théâtre d'Amsterdam.

Ce document a fait l'objet de très longs débats car il propose des objectifs pour une politique de santé qui nécessitent d'être largement discutés pour s'assurer d'un soutien éclairé.

Plusieurs points forts se doivent d'être dégagés :

- la nécessité d'une articulation, dans le cadre d'une politique de santé, de la prévention, des soins et de la réhabilitation ;
- la cohérence de la prévention dans ce domaine avec les autres actions de prévention, car le citoyen est le destinataire de l'ensemble de ces actions ;
- une conception de la prévention en référence à la notion de santé dégagée par l'OMS et en concordance avec la charte d'Ottawa. Par voie de conséquence, l'éducation pour la santé demeure une action pertinente.

Une base conceptuelle forte et partagée est nécessaire. C'est pourquoi, la référence aux comportements de consommation - usage, usage nocif ou abus, dépendance - admise par les grandes instances internationales semble pertinente. Ces comportements doivent être considérés comme un tout dans le cadre des comportements de consommation de l'ensemble des substances

psychoactives, dans le cadre plus vaste des conduites addictives et celui encore plus vaste des conduites à risque.

Ces comportements ne peuvent être compris que dans l'intégration des facteurs et des déterminants biologiques, psychologiques, sociaux, culturels, législatifs et éthiques. Ceci permet d'agir à la fois sur le phénomène lui-même, mais aussi sur chacun des déterminants. Ceci conduit à dégager une prévention générale ou globale rendant les personnes, les groupes, la société capable de gérer leur santé d'une part, et une prévention spécifique ou thématique plus centrée sur les comportements de consommation eux-mêmes, d'autre part.

En plus de l'impérative nécessité d'agir sur l'offre de produit, cette politique de prévention doit aller au-delà de la classique prévention primaire visant à empêcher l'initialisation de la consommation, mais elle doit aussi viser à éviter la pérennisation de ces comportements, le passage de l'usage à l'abus et à la dépendance. De plus la politique de réduction des risques fait partie intégrante de cette politique de prévention.

Une cohérence entre les différentes actions de prévention, leur continuité, la hauteur des engagements doivent permettre une véritable politique de prévention pour peu qu'une volonté forte de la part de tous se manifeste ; ceci permettra à tous, et non aux seuls professionnels, de devenir auteurs et acteurs de la prévention.

Une politique de prévention s'inscrit dans le respect des personnes, ne doit pas conduire à une stigmatisation, doit aider les personnes dans leur démarche personnelle et motiver l'ensemble de la société à affirmer ses valeurs dans une perspective humaniste. Le but ultime sera de rendre chacun capable de conduire sa vie, de lui donner un sens dans notre société et de concourir au plein développement de celle-ci.

La question que nous devons nous poser est la suivante : quels sont les facteurs qui contribuent à faire progresser le bien être individuel et social et qui donnent du sens à la personne et à la société ? Les politiques de santé expriment des valeurs. Elles sont les justificatifs et les guides dont nous nous servons pour déterminer les objectifs, les moyens et les priorités qui constituent les politiques de santé et la politique de la nation.