

Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives

usage, usage nocif, dépendance

Professeur
Philippe Jean PARQUET

Tandis que la consommation de substances psychoactives licites et illicites augmentait chez les jeunes en France ces trente dernières années, la prévention demeurait peu coordonnée et souvent contradictoire pour enrayer un phénomène devenu inquiétant pour la santé publique.

S'appuyant non plus sur la seule notion de produit mais sur celle de comportements de consommation – usage, usage nocif, dépendance –, le Professeur Parquet a défini un concept pour une politique de prévention et propose des objectifs et des principes d'action aux acteurs de la prévention. Les trois objectifs sont : prévenir l'initialisation de la consommation, éviter la pérennisation de l'usage, prévenir le passage de l'usage à l'usage nocif et à la dépendance par la mise en œuvre d'une politique de réduction des risques. Quant aux principes qui sous-tendent la politique de prévention préconisée par le Professeur Parquet, ils sont d'ordre éthique et méthodologique : prise en compte des facteurs de protection et de vulnérabilité des personnes et des groupes, inscription de la prévention des comportements de consommation dans une perspective plus large de promotion de la santé, prise en compte de l'état de l'opinion et nécessité de la durée et de la cohérence des actions. Ces orientations claires et concrètes participent à la construction d'une culture commune dans laquelle la société peut se reconnaître.

74-98213-L - ISBN 2-908444-50-X

CFES
2, rue Auguste-Comte
BP 51
92174 Vanves cedex
cfes@imaginet.fr
3615 CFES

1998

Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives

usage, usage nocif, dépendance

Professeur Philippe Jean Parquet
Université du Droit et de la Santé de Lille

Ce précis, préfacé par Madame Nicole Maestracci,
Présidente de la Mission interministérielle de lutte
contre la drogue et la toxicomanie (MILDT),
a été élaboré à partir du rapport de l'auteur, publié en 1997.

Préface

La drogue reste, en France, un mot qui suscite la peur, les incompréhensions et les malentendus. Les attitudes face aux comportements de consommation des jeunes ont donc tendance à osciller, selon les intervenants et selon les moments, entre indifférence dommageable et dramatisation excessive.

Dans un contexte aussi passionnel, il n'est pas surprenant que la politique de prévention, dont tout le monde s'accorde pourtant à juger le développement nécessaire, reste parcellaire, insuffisante, peu coordonnée et souvent contradictoire, même si de nombreuses actions de qualité sont ou ont été menées.

Il est vrai que jusqu'à présent, manquait la définition d'axes stratégiques forts dans lesquels les jeunes, les parents, les éducateurs ainsi que la société tout entière puissent se reconnaître.

Cette définition est difficile parce qu'elle engage, au-delà de notre attitude face aux drogues, notre capacité à élaborer un projet suffisamment crédible et attractif pour les jeunes. En d'autres termes, un programme de prévention rend nécessaire la construction préalable d'une culture commune à tous les intervenants.

En proposant des objectifs et des principes d'action clairs, le remarquable rapport du Professeur Parquet constitue une première étape essentielle vers la construction d'un corpus théorique qui devrait être opposable à tous les acteurs de la prévention et constituer la base d'une véritable politique publique.

D'abord, et c'est fondamental, ce rapport retient une nouvelle approche centrée sur l'homme et non sur les produits, ce qui conduit à imaginer une démarche de prévention qui concerne tous les comportements face aux substances psychoactives quel que soit leur statut juridique. C'est déjà pour aller dans ce sens que le Premier Ministre a souhaité élargir les compétences de la Mission que je préside à l'ensemble des drogues licites telles que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes.

Cette démarche, qui fait aujourd'hui l'objet d'un large consensus, permettra de mieux appréhender les nouveaux comportements de polyconsommation qui associent plusieurs substances licites et illicites dans des conditions très préoccupantes pour la santé publique.

Ensuite, et cela ne va pas de soi, ce rapport invite à utiliser une terminologie commune à partir des données internationales qui font l'objet d'un consensus scientifique.

On ne peut, en effet, prétendre agir sur un phénomène que l'on ne sait pas nommer. Mettre des mots sur les comportements, c'est déjà conjurer ou mettre à distance les peurs et adopter une attitude pragmatique plus efficace.

En distinguant ainsi l'usage, l'usage nocif et la dépendance, on prend acte des faits tels qu'ils sont et non pas tels qu'on voudrait qu'ils fussent. C'est-à-dire qu'on admet que la politique de prévention ne peut avoir l'abstinence comme seul objectif.

Lorsque nous savons qu'un tiers des jeunes âgés de 15 à 19 ans a déjà consommé du cannabis, que ceux qui consomment le plus de cannabis sont également ceux qui consomment le plus de tabac et le plus d'alcool, on ne peut pas en effet se contenter d'une démarche de prévention fondée sur la seule prohibition.

Or, même si de nombreuses actions de prévention prenaient déjà acte de la réalité de la consommation des jeunes, notamment les politiques de réduction des risques développées depuis plusieurs années pour protéger les usagers de drogues de l'infection par le VIH, c'est la première fois qu'une démarche fondée sur la réalité des faits et des risques fait l'objet d'une définition théorique appliquée à la prévention primaire.

Le pas franchi est décisif parce qu'il devrait permettre d'élaborer des messages crédibles pour les jeunes, et d'autant plus efficaces qu'ils tiendront compte de l'expérience de consommation de ceux auxquels ils s'adressent.

Rendre une personne capable de ne pas commencer à consommer. Rendre une personne qui consomme susceptible de maîtriser sa consommation sans encourir de risques. Éviter le passage de l'abus à la dépendance. Tels sont les objectifs réalistes qui devront constituer le socle d'une politique publique cohérente de prévention.

Pour atteindre ces objectifs, le Professeur Parquet propose d'agir à la fois sur les facteurs de protection et sur les facteurs de vulnérabilité et de risques, ce qui veut dire s'appuyer sur les compétences positives des jeunes telles qu'elles se manifestent dans la famille, à l'école et dans tous les lieux de socialisation, tout en étant capable dans ces mêmes lieux de repérer et de soutenir suffisamment rapidement les jeunes qui vont mal.

Pour relever ce défi, il ne suffit pas d'avoir de la bonne volonté et quelques moyens : il faudra élaborer une stratégie de communication et d'information cohérente à l'égard du grand public, des professionnels, des jeunes et des parents. Il faudra également déterminer et qualifier les acteurs de prévention, élaborer et diffuser des savoir-faire pertinents, les évaluer et être capable de modifier nos pratiques en fonction des résultats et des évolutions.

On mesure donc le chemin qui reste à parcourir.

Dans un domaine où les connaissances sont trop largement restées réservées aux seuls spécialistes, il importe en premier lieu de mettre à disposition du plus grand

nombre l'ensemble des savoirs validés scientifiquement sur les produits, les comportements, les lois applicables ainsi que sur les politiques menées. Une politique de prévention qui ne serait pas comprise par l'opinion serait en effet largement inefficace. C'est donc en créant une culture commune, en faisant partager largement nos objectifs, en modifiant les représentations de l'opinion publique qu'on rendra l'ensemble de la société compétente pour soutenir et relayer les actions de prévention.

Il faudra ensuite professionnaliser les acteurs de prévention, c'est-à-dire définir les compétences exigées quelles que soient les origines professionnelles, puis harmoniser les contenus des formations délivrées par les écoles et organismes divers.

Il faudra aussi recenser et évaluer les savoir-faire et les outils, retenir et diffuser les plus pertinents sans hésiter à éliminer ceux qui ne le seraient pas. Dans un secteur où chaque ministère, chaque collectivité locale, chaque association a tendance, faute de politique commune, à élaborer et diffuser ses propres outils et à mener des actions sectorielles, cette phase exigera de la part de l'ensemble des acteurs publics et privés transparence et rigueur.

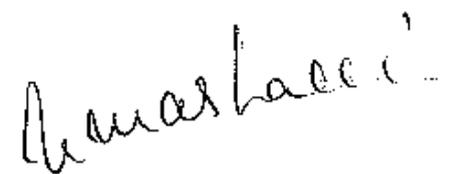
En conduisant de manière déterminée la première phase de ce travail, le Professeur Parquet nous a montré le chemin qui devrait permettre à la prévention primaire de dépasser sa phase artisanale.

Il a ainsi apporté une contribution essentielle à la définition de la politique publique de prévention qu'il est urgent de mettre en œuvre.

Je m'efforcerai, en concertation avec tous les organismes publics et privés qui contribuent à la politique de lutte contre les drogues, de poursuivre dans cette voie le travail engagé.

Je sais qu'aucune politique ambitieuse de prévention ne pourra se mettre en place sans l'implication de tous les acteurs de terrain. Dès lors que nous partageons les mêmes objectifs, j'espère que nous saurons inventer ensemble de nouveaux modes d'intervention.

Nicole Maestracci
Présidente de la Mission interministérielle
de lutte contre la drogue et la toxicomanie.



Sommaire

Introduction

L'inquiétante aggravation des comportements de consommation de substances psychoactives	8
Nécessité de mettre en œuvre une politique de prévention cohérente fondée sur la notion de comportements	9
L'homme au centre de la démarche de prévention	10
La santé selon l'OMS	12
Stratégies, programmes et politique de prévention	13

Une nouvelle approche

Le consensus scientifique international autour de la notion de comportements	15
L'usage	16
L'usage nocif	16
La dépendance	17
Prendre en compte les comportements de consommation de l'ensemble des substances psychoactives	19
L'usage comme comportement à risque	20
Les conduites addictives	20
La question du statut légal des substances psychoactives : un enjeu pour la prévention	22
La politique de réduction des risques	23

Les grands objectifs d'une politique de prévention primaire

Promouvoir une démarche de santé	26
Prévenir l'initialisation de la consommation	27
Mettre en œuvre une politique de réduction des risques	27
Empêcher l'évolution de l'usage à la dépendance	28
Modifier les représentations sociales du phénomène	29

Méthodes et stratégies

Pour une politique de prévention	30
Les déterminants et les facteurs à l'œuvre	31
Identifier les déterminants et les facteurs	31
Agir sur les déterminants et les facteurs	33
Les acteurs de la prévention	34
Les compétences nécessaires	35
Les savoirs nécessaires	36
Des savoirs académiques sur le phénomène	37
Des savoirs sur les modèles de prévention	38
Des savoirs sur les méthodes de prévention	38
Des savoirs en matière de santé publique	38
Principes généraux d'une démarche de prévention	39
Les principes éthiques : respect, solidarité, participation	39
Nécessité d'une cohérence	40
L'évaluation	40
Les moyens et requis nécessaires	40
L'étude des représentations, la connaissance des besoins et des attentes	40
L'analyse et la prise en compte de l'opinion	41
La responsabilisation des personnes	42
Place de l'information, importante mais non suffisante	42
Les supports	43
La mise en place de programmes de prévention	43

Conclusion : quant à l'avenir

43

L'inquiétante aggravation des comportements de consommation de substances psychoactives

Les comportements de consommation de substances psychoactives, bien que présents depuis que l'homme est homme, sont encore une énigme.

À partir des années soixante, 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.

Aujourd'hui, nous avons à faire à un nombre de consommateurs de substances psychoactives beaucoup plus important qu'il y a quelques années, sans que l'on sache chiffrer avec une absolue certitude l'ampleur de cette augmentation. Les chiffres évoqués parlent d'une multiplication par dix ou vingt du nombre des consommateurs de substances psychoactives depuis 1970.

Si leur nombre 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 dépendants soit de l'alcool soit des médicaments psychotropes.

Ces dernières années, de nouveaux produits ont fait leur apparition. À cet égard, en France, parallèlement à la consommation de solvants et de crack, la consommation de médicaments psychotropes et d'ecstasy est le plus représentatif de ces nouveaux comportements. Bien que l'héroïnomanie demeure encore 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 et on évoque pour l'avenir une évolution vers les « toxicomanies » à partir de substances chimiques de synthèse.

Les formes de la « toxicomanie » ont évolué et 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, mais aussi 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 les codéinés et certains anxiolytiques et hypnotiques, devient de plus en plus fréquente et apparaît même pour certains comme un usage social « normal », compte tenu de la fréquence du phénomène, à l'instar de la consommation d'alcool et de tabac. 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 s'inscrit le plus souvent dans le cadre d'un usage nocif ou d'un usage réglé et apparemment maîtrisé.

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. Cet état sanitaire est probablement dû tout autant à l'effet des substances qu'aux conditions de vie des consommateurs dépendants. L'infection par le VIH et par le virus de l'hépatite C représente 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.

Les dommages sociaux dus à ces consommations sont de plus en plus considérables tant quantitativement que qualitativement, même si bien souvent les consommations ne font qu'aggraver des dysfonctionnements sociaux pré-existants.

Nécessité de mettre en œuvre une politique de prévention cohérente fondée sur la notion de comportements

Les définitions utilisées pour comptabiliser les « toxicomanes », les méthodologies requises, 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, et l'Observatoire fran-

çais des drogues recommandent l'adoption d'une terminologie précise fondée sur des critères clairement définis et utilisables par tous.

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 caractérise 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. Récemment, après les approches centrées sur les consommations et sur la diversité des substances psychoactives consommées, l'intérêt s'est porté sur le comportement lui-même de consommation de substances psychoactives, distinguant celui-ci des complications ou dommages liés à la consommation. Cette approche centrée sur les comportements de consommation en tant que tels s'est révélée plus opératoire et doit être retenue. La référence au comportement a le mérite de proposer à l'observation, à l'analyse et à l'étude des phénomènes observables aisément accessibles et définissables, sans pour autant empêcher l'élaboration et l'utilisation de modèles conceptuels compréhensifs très divers.

La distinction entre usage, usage nocif et dépendance, reprise notamment par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et par l'Association américaine de psychiatrie, 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.

La référence aux trois comportements distincts d'usage, d'usage nocif (OMS) ou abus (APA) et de dépendance permet à tous les acteurs de trouver 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, de réinsertion et de réhabilitation.

L'homme au centre de la démarche de prévention

La personne humaine doit être considérée comme une unité intégrative bio-psychosociale et toutes les dimensions de l'homme doivent être abordées dans les actions de prévention. La prévention s'adresse à la totalité de la personne dans ses dimensions biologique, psychologique et sociale, mais aussi dans sa dimension métaphysique.

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 qu'il s'agit ici d'un comportement.

Si l'on se réfère seulement à la notion d'individu biologique, la question qui se pose est : comment maintenir la vie, l'intégrité physique, l'harmonieux fonctionnement de la communauté cellulaire ? Cependant, 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 valide. Il s'agit là des bases indispensables.

La prise en compte de l'organisation psychoaffective du consommateur et de son histoire est également essentielle ; elle permet de saisir le sens que la personne donne à ses comportements de consommation de substances psychoactives et la façon dont elle les intègre à sa vie personnelle. Percevoir ce qui est antérieur aux consommations est nécessaire, cela permet aussi de repérer les modifications induites, dans une dimension compréhensive et de ne pas s'en tenir à une démarche purement descriptive.

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-psychosociale qui caractérise la personne.

Mais, si l'on veut penser la prévention, il est nécessaire de distinguer une autre caractéristique de l'être humain, sa dimension métaphysique. La personne est inscrite dans une recherche du sens à donner à la vie, dans la conquête de l'autonomie et de la liberté. Pour se dégager de l'immédiateté liée aux impératifs biologiques et aux actions de l'environnement social, 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 moins présentes et que l'homme arrivera à s'en affranchir, mais, dès lors, 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 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.

La construction de la personne et de son identité se fait par l'interaction entre les niveaux biologique, psychosocial et métaphysique. 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.

Cette démarche de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives doit s'intégrer dans 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.

La santé selon l'OMS

Nos anciens concevaient 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.

Prévention, soins, réinsertion et réhabilitation prendront leur pleine mesure quand ils seront articulés entre eux avec cohérence et résolument axés sur la notion de santé. En ne prenant plus les maladies et les dysfonctionnements comportementaux comme seuls objets de préoccupation, mais 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 à la fois 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 notion qui concerne seulement le monde médical mais la totalité du fonctionnement social.

Dans ce document, le mot santé doit être pris dans l'acception donnée par l'OMS et ne fait donc pas référence à l'ordre sanitaire dans une perspective réductrice. Les aspects biologiques, psychologiques, culturels, économiques et sociaux doivent être conjointement appréhendés. Ainsi, la santé serait la résultante de l'ensemble de ces déterminants. 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 gérer sa santé et l'ensemble de sa vie, et si nécessaire à recouvrer sa santé. 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 protection de la santé et la prévention des maladies. Elle propose d'établir des liens étroits au sein des dispositifs de santé, quelle que soit leur nature. Elle encourage la collaboration entre tous les secteurs qui ont à voir avec l'ensemble des déterminants de la santé, afin de promouvoir la santé individuelle et collective.

La prévention a pour but, d'une part, de proposer des choix favorables à la santé en fournissant à la population une information adéquate, et d'autre part, de permettre à la population d'identifier les comportements bénéfiques pour la santé et de modifier les comportements dommageables 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.

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 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 risque, puis à une prévention générale destinée à l'ensemble de la population.

L'OMS a rendu classique la distinction entre prévention primaire, secondaire et tertiaire. Une cohérence est nécessaire entre ces trois types d'action. Mais ces trois démarches doivent s'inscrire en référence au concept de santé qui pose l'idée du développement de l'homme et de la société comme objectif principal et unique.

Stratégies, programmes et politique de prévention

Le citoyen est le destinataire de multiples informations, messages et actions de prévention sous-tendus par des problématiques, des thématiques et des méthodologies diverses. Comment faire pour que ce citoyen ne soit pas désorganisé par ces sollicitations multiples ? Comment faire pour qu'il bénéficie des actions auxquelles il participe et soit alors capable de construire une démarche personnelle cohérente, bénéfique pour sa santé, à partir du transfert des compétences de santé acquises dans un domaine ou un autre, pour qu'il vive harmonieusement avec son environnement.

La prévention est un maillon essentiel dans les démarches visant à préserver et à développer la santé individuelle et collective, afin de permettre à chacun de s'inscrire dans la société, d'y trouver sa place et d'œuvrer pour le développement de la société.

La démarche de prévention consiste à découper les objectifs généraux en objectifs diversifiés adaptés aux besoins et attentes des personnes, des groupes et de la société, mais aussi en objectifs agissant sur les processus et les déterminants de santé. La construction de ces objectifs nécessite de concevoir les actions de santé dans leur ensemble, quel que soit l'objectif particulier que l'on se donne.

Une cohérence entre les différentes actions de prévention, leur continuité, la hauteur des engagements, mais aussi l'élaboration de stratégies et de programmes doivent permettre d'élaborer une véritable politique de prévention, pour peu qu'une volonté forte de la part de tous se manifeste ; ainsi tous et non seulement les professionnels deviendront auteurs et acteurs de la prévention.

Une nouvelle approche

Le consensus scientifique international autour de la notion de comportements

En France, sous le terme général de toxicomanie, on a longtemps 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 était alors considéré comme seul à l'origine des troubles, ce qui a conduit à l'emploi du terme « drogué », celui-ci faisant référence à la notion d'intoxication. Implicitement, la rupture avec les consommations antérieures et l'abstinence suffisaient à réinscrire la personne dans une démarche de santé et de vie harmonieuse.

Par conséquent, l'abstinence constituait le seul objectif de la prévention et du soin. La prévention primaire, elle, avait pour double objectif la non-rencontre de la personne avec le produit, d'où une action sur l'offre, et la non-initialisation de la consommation, d'où une action sur la demande.

Puis, on a distingué des types de consommation en fonction des effets cliniques des substances psychoactives. C'est ce que l'on a appelé l'approche par produit. On parle ainsi d'héroïnomanie, de cocaïnomanie ou d'alcoolisme. Or, 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.

De cette constatation a été forgé le terme de polytoxicomanie, auquel nous préférons celui de polyconsommation. L'approche par produit s'est alors révélée être très réductrice et peu opératoire.

Les connaissances acquises grâce au développement des neurosciences, des sciences du comportement et de l'éthologie ont permis d'envisager une autre approche définie à partir du comportement lui-même de consommation de substances psychoactives et des déterminants qui se trouvent à l'origine de celui-ci.

La communauté scientifique internationale, suivant en cela l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Association américaine de psychiatrie, s'accorde aujourd'hui pour reconnaître les trois comportements distincts de consommation de substances psychoactives : l'usage, l'usage nocif et la dépendance.

L'usage

L'usage est défini comme une consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complication ni dommage.

Cela veut 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 catégories de la population et dans certains pays.

Un grand nombre de données cliniques validant 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'usage nocif et la dépendance sont obligatoirement inscrits dans des problématiques de prise en charge sanitaire et sociale. Comme pour l'alcool en France, cette définition conduit à penser qu'il peut y avoir un usage réglé n'entraînant pas obligatoirement de dommages ; ceci ne tient naturellement pas compte des dommages liés spécifiquement aux conséquences du caractère illicite de la consommation de telles substances.

Cette opinion est loin d'être partagée par tous. 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.

L'usage nocif

L'usage nocif, tel qu'il est défini par l'OMS dans le CIM 10 et par l'Association américaine de psychiatrie dans le DSM IV – alors appelé abus –, est caractérisé par une consommation de substances psychoactives susceptible d'induire des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même soit pour son environnement proche ou lointain, les autres, la société, mais ne fait pas référence au caractère licite ou illicite du produit.

L'abus selon le DSM IV (1994) :

- *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, en conduisant une voiture ou en faisant fonctionner une machine) ;*

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

L'usage nocif 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 en 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.

Dans ces définitions, l'accent est mis sur le fait que les dommages ne doivent pas être réduits à ce que l'on appelle classiquement les dommages sanitaires.

Ces dommages induits par la consommation de substances psychoactives peuvent être liés soit aux substances elles-mêmes, soit aux modalités de la consommation, soit aux comorbidités aggravées par la consommation, soit au contexte social ou culturel.

La dépendance

La définition de la dépendance établie par le DSM IV, en 1994, intègre des données d'ordre biologique et d'ordre psychologique mais aussi des critères de comportement social. Elle précise par ailleurs que la dépendance physique n'est pas indispensable pour parler de dépendance aux substances psychoactives.

La dépendance selon le DSM IV (1994) :

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 :

- *tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :*
 - *besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;*
 - *effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance ;*

- *sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :*
 - *syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;*
 - *la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage ;*
- *substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé ;*
- *désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;*
- *temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;*
- *d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance ;*
- *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.

Cette définition permet de rendre compte de l'évolution ou de la diversité dans le temps des comportements de dépendance. Par conséquent, il devient possible d'apprécier les effets des actions menées dans ce champ et de ne pas imputer un bénéfice à une action lorsque l'on a seulement une variation dans le temps du phénomène marquée par :

- *rémission précoce complète si, pendant au moins un mois mais pendant moins de douze mois, aucun critère de dépendance ou d'abus n'a été présent ;*
- *rémission précoce partielle 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) ;*
- *rémission prolongée complète si, à aucun moment pendant au moins douze mois, aucun critère de dépendance ou d'abus n'a été présent ;*
- *rémission prolongée partielle 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 ;*
- *sous traitement agoniste de substitution 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 ;*

- *en environnement protégé 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.*

La définition de la dépendance établie par l'OMS, en 1992 est plus simple mais tout autant utilisée que la précédente.

La dépendance selon l'OMS, 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 :

- *désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;*
- *difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation au niveau de l'utilisation) ;*
- *syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoigne 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 ;*
- *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 ;*
- *abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt 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 ;*
- *poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.*

Ces deux définitions posent nettement la dépendance comme un comportement psychopathologique en rupture avec le fonctionnement habituel du sujet. Il s'agit d'un trouble mental devant être considéré au travers de ses caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et éthiques, comme tous les troubles mentaux.

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

La question de la dangerosité des comportements de consommation de substances psychoactives est posée de manières très diverses. Celle-ci peut être attribuée au

géné pharmacologique des molécules : certaines substances apparaissent à tous comme pourvues 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 donc là un objectif spécifique de prévention.

L'usage comme comportement à risque

On peut affirmer que la consommation de n'importe quelle substance psychoactive – même l'alcool, la substance psychoactive la plus consommée en France – expose 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.

Les conduites addictives

La nouvelle approche consistant à regrouper les comportements de consommation de toutes les substances psychoactives en un seul ensemble se fonde sur deux arguments :

- toutes les substances psychoactives sont des substances psychotropes agissant sur un ou plusieurs neuromédiateurs modifiant le comportement du consommateur. Les données scientifiques actuelles tendent à montrer que toutes les substances psychoactives seraient susceptibles d'induire des désordres psychocomportementaux et une dépendance psychologique et physique à plus ou moins long terme ;
- le comportement de dépendance présente les mêmes caractéristiques cliniques et utilise les mêmes mécanismes neurobiologiques, quel que soit le produit qui l'a induit. Ce dernier argument a ouvert le champ à la notion de conduite addictive.

Le trouble addictif (Goodman, 1990) :

- impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans un comportement spécifique ;
- tension interne croissante avant d'initier le comportement ;
- sentiment de plaisir ou de soulagement en entreprenant le comportement ;
- sentiment de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement ;
- 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.
- Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

Même s'il existe des consommateurs qui s'en tiennent à une seule substance, les enquêtes épidémiologiques et les données de la clinique montrent l'existence de personnalités consommant une substance, puis une autre, ou avec une autre. La consommation de tabac ou d'alcool, qui sont les deux principales substances psychoactives consommées, est un indicateur de la probabilité de consommation d'autres substances par la suite, d'autant plus si elle intervient chez un sujet jeune. Ainsi, nombreux sont les consommateurs qui deviennent au fil du temps des poly-consommateurs de substances psychoactives.

Cette approche unifiée des comportements de consommation contribue à moins tenir compte de la substance utilisée par le consommateur, à centrer l'attention sur les comportements de consommation et à développer ainsi une conception plus large de la prévention, davantage centrée sur le comportement que sur les produits. Cette prévention se donne désormais pour objectif de modifier les comportements de consommation présentant un risque pour le sujet ou susceptibles d'induire des dommages.

A cet égard, il est intéressant de comparer les politiques de prévention menées en matière de consommation d'alcool et de tabac dans notre pays. L'alcool est considéré comme une « drogue légale », une substance familière et banale dont les pouvoirs publics tentent seulement de réglementer l'offre et les modalités de la consommation.

Les objectifs de la prévention des conduites d'alcoolisation ne sont ni la non-consommation d'alcool ni la non-initialisation de sa consommation, et celle-ci n'est en aucun cas considérée comme un acte illicite. Seules sont répréhensibles les consommations d'alcool entraînant des dysfonctionnements biologiques, comportementaux ou sociaux. Les deux objectifs de la prévention en cette matière sont donc la gestion des risques induits par l'alcool et la non-évolution vers la dépendance.

La politique de prévention en matière de consommation de tabac est radicalement différente depuis quelques années. En effet, aujourd'hui, les deux objectifs de la prévention de la consommation du tabac sont d'empêcher l'initialisation de la consommation d'une part, et d'amener l'ensemble de la population, les usagers et pas seulement les dépendants, à l'abstinence d'autre part. La politique de prévention concernant le tabac est une politique d'autorité dont l'objectif est la consommation zéro. Le message insiste sur le fait que le produit est dans tous les cas dangereux tandis que l'alcool, lui, ne serait dangereux qu'à doses excessives. Cette politique de prévention en matière de tabac a le mérite de responsabiliser chacun face à la prise de risque en l'informant clairement des dommages liés à sa consommation et en facilitant une démarche individuelle de sevrage et d'abstinence. Face à ces politiques différentes, le citoyen destinataire des actions de prévention quant aux consommations d'alcool, de tabac et de drogues dites illicites, est-il en mesure de construire une démarche cohérente de santé ?

La question du statut légal des substances psychoactives : un enjeu pour la prévention

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 doit 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 l'on considère l'usage comme seulement une pratique à risque, fonder 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, lorsque l'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 de faire cesser la conduite délictueuse. Ces objectifs ne peuvent être atteints que par des actions qui sont différentes de celles utilisées dans la prévention sociale et sanitaire.

Quant à l'usage nocif et à la dépendance, s'ils sont caractérisés médicalement, à plus forte raison le sont-ils légalement. En ce qui concerne ces deux comportements, 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.

La politique de réduction des risques

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'usage nocif 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'usage nocif puis 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'usage nocif et la dépendance.

On peut ainsi résumer les choix en matière de prévention primaire :

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

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.

La politique de réduction des risques est aussi pertinente pour les comportements de consommation de substances psychoactives illicites, même si pour certains, elle apparaît comme faisant partie d'une démarche implicite d'acceptation sociale du phénomène.

Cette démarche est incompatible avec les idées antérieurement développées mais devient pertinente 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, 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 déviant et rebelle, 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 objet de la prévention. Il existe d'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 en soi un rôle préventif dans les comportements de consommation 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, car sinon l'interdit peut revêtir un rôle incitatif.

Les grands objectifs d'une politique de prévention primaire

Promouvoir une démarche de santé

En premier lieu, il s'agit de développer une politique de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives incluse dans un processus éducatif général et plus largement dans une politique de santé. Et c'est dans ce cadre que la diversité des actions peut s'inscrire de manière cohérente. La promotion de la santé et l'éducation pour la santé demeurent à cet égard des options indispensables.

Le mot santé, rappelons-le, doit être compris dans l'acception donnée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ne fait donc pas référence à l'ordre sanitaire strict. Dans cette acception, la santé serait la résultante de déterminants biologiques, psychologiques, culturels, économiques et sociaux. Il s'agit donc, en matière de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives, de mettre l'accent sur les compétences du sujet à recouvrer la santé, et plus généralement à gérer sa santé et l'ensemble de sa vie.

L'objectif principal de la prévention des comportements de consommation de substances psychoactives est de permettre à la personne et à l'ensemble de la population de :

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

Une démarche de prévention doit pouvoir donner à l'individu, comme à l'ensemble de la population, les compétences nécessaires pour gérer sa santé et organiser sa vie. Cet objectif nécessite de concevoir les actions de santé dans leur ensemble, quels que soient les objectifs particuliers que l'on se donne.

Dans le cadre de la promotion de la santé et de la prévention des comportements de consommation de substances psychoactives, nous proposons trois grandes options pour la prévention primaire :

- rendre la personne capable de ne pas consommer car la consommation présente

un risque – c'est ce qui est préconisé pour les drogues illicites mais aussi pour le tabac –, car elle 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 aussi proposé pour l'alcool et les médicaments psychotropes : la politique de réduction des risques ;
- faire que le comportement de consommation n'évolue pas vers la dépendance.

Prévenir l'initialisation de la consommation

Pendant longtemps, à la prévention primaire n'a été assignée qu'une seule mission, celle d'éviter la rencontre de la personne avec les substances psychoactives, rencontre qui induirait potentiellement une initialisation de la consommation. C'est pourquoi la réduction de l'offre et la répression du trafic ont représenté les actions principales de cet objectif de prévention. Ces actions doivent être maintenues avec détermination.

Mais il s'agit aussi, et dans le même temps, de faire en sorte que les personnes à qui les substances psychoactives sont proposées soient capables de les refuser, de leur donner les ressources suffisantes pour refuser. Force est de constater que beaucoup ne répondent pas spontanément à cette offre de produit. Il s'agit alors de se demander quels sont les facteurs de protection à l'œuvre.

Mettre en œuvre une politique de réduction des risques

Les enquêtes épidémiologiques récentes ont montré qu'il existe en France un très grand nombre de consommateurs de substances psychoactives et que ce nombre ne cesse d'augmenter. Pour certains d'entre eux, parce qu'ils pratiquent ce que l'on appelle un usage réglé ou contrôlé, on avance qu'ils ne sont pas susceptibles d'encourir des dommages. D'autres études en population générale montrent aussi que beaucoup de ces consommateurs en restent là ou arrêtent de consommer après une période plus ou moins longue de consommation. Malheureusement, cela n'est pas le cas pour tous et certains vont voir leur comportement évoluer vers l'usage nocif ou la dépendance. C'est donc également à ceux dont le simple usage fait véritablement courir le risque de voir évoluer leur comportement, que la prévention doit s'adresser en agissant essentiellement sur deux facteurs de protection : la « reliance sociale », c'est-à-dire la capacité pour le consommateur d'utiliser les aides qu'apporte l'appartenance vivante à un « groupe-support » et la capacité à demander de l'aide et à l'utiliser.

Ainsi, la prévention des dommages potentiels représente un volet important 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, ou réduction des dommages, est un concept d'origine anglaise, *harm reduction*. Son 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 cherche à atteindre quant à ce même phénomène, cela même de manière contradictoire.

En France, la politique de réduction des risques ne s'est manifestée que par les seules mesures visant à empêcher le partage des seringues et par l'utilisation des thérapeutiques de substitution. Mais il est indispensable d'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 véritablement une politique de prévention.

En effet, les complications infectieuses et virales telles que le VIH ou l'hépatite C sont les plus évidents des dommages liés à la consommation de drogue injectée et doivent, à ce titre, faire l'objet d'actions spécifiques. Le comportement d'« injecteur » présente à cet égard des caractères originaux ; il doit faire l'objet d'une prévention thématique pour éviter, par exemple, le transfert de ce comportement aux substances de substitution. Le catastrophique état sanitaire des consommateurs d'héroïne en particulier a été souligné depuis longtemps ; leur assurer un état de santé satisfaisant doit représenter un objectif prioritaire.

Une véritable politique de réduction des risques doit ainsi inclure :

- une prévention des dommages chez les consommateurs de substances psychoactives, quels que soient les types de comportements de consommation de substances psychoactives ;
- une action sur les déterminants de ces dommages à l'origine des comportements de consommation de substances psychoactives ;
- une action sur les modalités de la consommation.

Il s'agit donc d'une approche plus large de la réduction des risques qui fait se chevaucher une politique de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives et une politique générale de prévention.

Empêcher l'évolution de l'usage à la dépendance

Le non-passage de l'usage à la dépendance est un objectif de prévention d'une impérative nécessité au même titre que celui qui vise à empêcher l'initialisation de la consommation. Car cette évolution inscrit le consommateur dans une dramatique carrière.

En effet, les comportements de consommation de substances psychoactives ont un caractère évolutif. Face à l'offre de substances, deux éventualités sont possibles pour la personne : soit refuser l'offre, soit l'accepter, ce qui l'amène dans ce cas à une première consommation. L'objectif de la prévention sera alors de faire en sorte

qu'après les premières consommations, la personne ne consomme plus. Car l'évolution peut se faire de la première consommation vers un usage régulier et contrôlé, mais aussi vers un usage à problème ou un usage nocif. Éviter le passage de l'usage nocif vers la dépendance doit également être inclus dans les objectifs des programmes de prévention.

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

Des objections peuvent être faites à ces orientations nouvelles de la prévention primaire. Certains persistent à penser que, dès qu'une personne a consommé une ou plusieurs substances psychoactives, elle sort du cadre de la prévention primaire, qui a traditionnellement pour objectif d'empêcher l'initialisation de la consommation, et ne relève donc plus que du dispositif soignant, c'est-à-dire de la prévention secondaire. Même si, d'un point de vue légal, ce consommateur commet une action répréhensible et à, ce titre, se voit conféré le statut de délinquant, cela ne lui donne pas le statut de malade pour autant. Pourtant, si l'on se réfère à la notion de santé, ces consommateurs prennent incontestablement des risques pour leur santé, l'évolution vers la dépendance représentant un des risques les plus graves. C'est pourquoi il nous semble légitime d'inclure d'emblée dans la prévention primaire la prévention de l'évolution vers la dépendance des usagers de substances psychoactives.

Modifier les représentations sociales du phénomène

Dans la démarche de prévention, il convient de préciser la conception que l'on a de l'homme et de la société, il convient donc d'expertiser les représentations sociales, culturelles et morales du phénomène que l'on souhaite modifier. La démarche de prévention exprime les valeurs que l'on veut promouvoir, l'idée que l'on se fait de l'homme, et la nature de la société que l'on souhaite construire. La démarche de prévention servira à affirmer les valeurs, à promouvoir l'humanisme. Elle doit donc avoir comme objectif de modifier les représentations sociales afin de permettre de faire évoluer l'analyse du phénomène, les modalités de l'action et les objectifs à obtenir.

Pour une politique de prévention

Toute la politique de la santé, toute la politique sociale, toute affirmation des principes fondateurs d'une société concourent à développer la promotion de la santé. 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. 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 que l'on énonce les lois, les règles que la société impose à tous. 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 pourtant 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 ou à une partie de la 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 lorsque l'on cherche à réduire les facteurs de vulnérabilité : la lutte contre l'échec scolaire, la lutte contre la violence et 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 et dans laquelle sont impliqués les citoyens, les groupes, la population, les associations, les collectivités territoriales, l'État.

Dans cet esprit, il convient de choisir de manière pertinente les supports permettant de comprendre et de s'adresser à des personnes 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.

Les déterminants et les facteurs à l'œuvre

Pour atteindre les trois objectifs de la prévention primaire que nous nous sommes fixés – rendre la personne capable de ne pas consommer, rendre la personne susceptible de gérer une consommation sans encourir de risques et faire que les comportements de consommation n'évoluent pas vers la dépendance –, il faut agir sur les déterminants et les facteurs susceptibles d'induire ou de pérenniser un comportement de consommation de substances psychoactives. Lorsque l'on parle de facteurs et de déterminants susceptibles d'induire un comportement, on va bien au-delà de la notion de facteur de causalité.

Trois types de programme de prévention peuvent être imaginés :

- soit diminuer ou supprimer les facteurs de vulnérabilité,
- soit renforcer les facteurs de protection et favoriser leur efficacité,
- soit développer l'interaction entre facteurs de protection et facteurs de vulnérabilité, ce dernier programme semblant plus proche de ce qui caractérise le fonctionnement de l'appareil psychique. Il est également plus efficace d'aider un individu à repérer et à prendre en compte en même temps ses compétences et ses vulnérabilités.

Identifier les déterminants et les facteurs

Trois types de facteurs et de déterminants doivent être repérés pour l'élaboration de programmes de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives.

Les premiers sont les déterminants psychopathologiques. Les travaux cliniques les plus récents soulignent que les consommateurs de substances psychoactives dans leur ensemble, qu'ils soient inscrits dans des comportements d'usage, d'usage nocif ou de dépendance, présentent plus fréquemment des troubles de la personnalité et des troubles psychopathologiques que l'ensemble de la population.

En effet, certains troubles de la personnalité peuvent induire une consommation de substances psychoactives, soit parce que la personnalité du sujet le rend plus vulnérable à l'offre de substances, soit parce que cette personnalité trouve dans les

substances de quoi modifier son état psychologique. C'est ainsi que lors de la prise en charge par les thérapeutiques de substitution, on voit apparaître les psychopathologies sous-jacentes qui avaient été masquées par l'activité des produits psychotropes. C'est pourquoi la prise en charge des pathologies originelles ainsi que leur prévention sont indispensables au succès des actions entreprises.

Les deuxièmes types de déterminants sont ceux d'ordre environnemental, ils sont nombreux et divers et ont une action directe ou indirecte sur les comportements de consommation de substances psychoactives. Avoir privilégié ces déterminants et en avoir fait les causes uniques de la « toxicomanie » ont conduit à construire un modèle s'inscrivant dans le cadre des sociopathies.

Le troisième groupe de facteurs est caractérisé par les modalités de la rencontre entre les facteurs appartenant au sujet et les facteurs appartenant à son environnement. C'est sur cette notion qu'ont été construits des modèles de prévention en cours ces dernières années.

Identifier ces facteurs est un préalable indispensable à toute action de prévention, même si cette identification est délicate dans la mesure où aucun facteur par lui-même n'est susceptible de déclencher un comportement de consommation dans le cadre d'une causalité directe. C'est donc la rencontre de ce facteur avec l'offre de produit qui fera que sa potentialité d'induction du comportement de consommation s'actualisera. D'où, rappelons-le, la nécessaire action sur l'offre de produit et le trafic.

Prenons deux exemples. Si un adolescent a un certain goût pour la conformité aux comportements, aux choix, aux valeurs et 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. En revanche, 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 lui-même consommateur.

Inversement, 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 celle-ci, 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 produit et éventuellement de devenir consommateur. Être capable d'habiletés sociales diversifiées représente dans notre culture un gage probable de réussite, mais on voit que dans ces conditions, cela peut aussi avoir l'effet inverse.

Compte tenu de l'absence de lien de causalité entre les déterminants identifiés et le déclenchement de la consommation, la prévention tentera de modifier à la fois les déterminants et les interactions de ces facteurs. En préservant les liens variés qui unissent le sujet à sa famille, au groupe de pairs, aux institutions, à la communauté, en préservant les repères humains, en favorisant les relations diversifiées, en accentuant les liens transgénérationnels et les liens avec la culture, on prévient les comportements de consommation de substances psychoactives.

Agir sur les déterminants et les facteurs

Pour qu'une politique de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives soit efficace, il est essentiel de développer et soutenir les facteurs de protection. Ce sont eux qui sont à l'origine du développement et de l'acquisition des compétences et des habiletés psychologiques et sociales.

En donnant des repères aux jeunes, on leur permet d'acquérir l'estime de soi et le respect des autres, la capacité de choisir et de s'autonomiser, la capacité de mener leur vie, c'est-à-dire de pouvoir résister à des sollicitations d'origines diverses, la capacité de trouver le chemin d'une bonne gestion de leur santé ou encore de prendre la décision d'arrêter de consommer.

La valorisation des facteurs de protection doit s'inscrire dans le processus éducatif 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-scolaire.

Dans l'ensemble du projet éducatif, le rappel de la loi, des limites, des devoirs et plus généralement de la citoyenneté permet aux jeunes en particulier mais aussi à l'ensemble de la population de rendre plus actifs les facteurs de protection. Ceux-ci permettent de répondre de manière adéquate aux propositions faites par l'environnement, non seulement de substances psychoactives, mais de toutes les conduites à risque.

Parallèlement à l'action sur les facteurs de protection, une action doit être menée sur les facteurs de vulnérabilité et de risque. De nombreux comportements permettent d'alerter les acteurs de prévention bien avant que n'apparaissent les premières consommations. Si pour un jeune, par exemple, la consommation est récente, celle-ci devient facteur de vulnérabilité.

C'est l'identification des autres facteurs de vulnérabilité mais aussi des facteurs de protection qui permettra d'évaluer la probabilité de la pérennisation des consommations et de ne pas attribuer un rôle décisif à une consommation occasionnelle. C'est donc l'identification, puis l'action sur les facteurs et déterminants, qui seront le gage de l'efficacité plus qu'une action uniquement centrée sur le comportement de consommation occasionnel.

En résumé, agir sur les facteurs et les déterminants, c'est chercher à diminuer les facteurs de vulnérabilité et augmenter la puissance des facteurs de protection. Cela consiste à aider les personnes à l'affirmation de soi dans le cadre d'actions participatives et leur permettre de trouver la capacité de demander de l'aide et de recevoir de l'aide. Ces actions nécessitent 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. Le bénéfice induit de ces actions est la mise en place de reliances socioculturelles, l'élaboration d'idées partagées, d'identités sociales de référence et l'émergence d'un sentiment fort d'appartenance à la société.

Les acteurs de la prévention

Ils peuvent venir d'horizons très divers : ceux qui ont une expérience et une connaissance cliniques du phénomène mais aussi ceux dont les compétences ne sont pas obligatoirement liées à l'expérience du phénomène et qui ont été acquises dans un champ professionnel déterminé.

Même si nous devons considérer que nous sommes tous acteurs de prévention, certaines catégories de la société ont un rôle à jouer plus important que d'autres dans ce domaine. Nous pouvons citer parmi celles-ci :

- les interlocuteurs environnementaux naturels. Ce sont les enseignants, les acteurs sociaux et culturels, les acteurs économiques et politiques, qu'ils soient au niveau de l'État, des collectivités territoriales ou dans le cadre de systèmes associatifs ou d'actions individuelles. Ces interlocuteurs sont très importants car ils sont les acteurs naturels de la prévention générale et les premiers relais de la prévention spécifique. Leur aide et leurs actions concourent au développement de la personne, lui permettent de gérer sa santé, d'atteindre le plein épanouissement de ses capacités. Leurs compétences acquises dans des domaines éloignés de celui des comportements de consommation de substances psychoactives pourront être utilisées dans la maîtrise de ces comportements. Il s'agit là d'un transfert de compétences, notion essentielle pour la prévention, tant du côté des acteurs que de celui des expériences acquises en matière de prévention en général.
- la famille a une forte valeur structurante des comportements dans leur ensemble par la transmission de modèles. Développer les capacités de prévention implicites de la famille consiste à lui permettre :
 - d'identifier ses comportements et ses attitudes en ce qui concerne la santé,
 - d'identifier les besoins de ses membres quant à leur vie et à leur santé,
 - de soutenir chaque membre et d'animer la famille,
 - d'identifier les fonctionnements et les dysfonctionnements, les valoriser ou 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 le tissu social.
- le milieu scolaire est le lieu privilégié de toute politique de prévention, mais aussi et surtout d'éducation pour la santé et de promotion de la santé. Dans ce cadre, la démarche de prévention est triple :
 - 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 pour la santé dans laquelle le terme de substances psychoactives apparaît et prend son sens au milieu de thématiques plus larges.

Par ailleurs, on a vu les avantages et les inconvénients des actions de prévention menées par ceux qui sont désireux, avec altruisme et bonne volonté, de participer à la prévention. Ils ne sauraient être rejetés, mais ils doivent, pour que les inconvé-

nients ne surpassent pas les bénéfiques, collaborer et être encadrés par les spécialistes de la prévention. Ce sont :

- les intervenants en toxicomanie, qui ont une expérience dans l'accompagnement et le soin ;
- les spécialistes en santé publique, qui possèdent les compétences de ceux dont la mission est de former et d'éduquer ;
- les anciens consommateurs, qui peuvent aider à la conceptualisation des projets d'action de prévention thématique ou spécifique en rendant compte des facteurs qui leur ont permis de modifier leur comportement.

Les compétences nécessaires

La prévention nécessite de la part des acteurs de prévention l'acquisition de savoirs et de savoir-faire pertinents ; on ne peut s'improviser acteurs de prévention, une formation est nécessaire, et trop peu de gens possèdent en France ces compétences. Les compétences requises pour devenir acteur de prévention font appel à de nombreux domaines mais nécessitent aussi une formation spécifique.

Ces compétences tiennent à la fois de la formation personnelle, du comportement de l'acteur, des savoirs acquis et de leur maîtrise et de celle des outils de prévention.

La formation personnelle est indispensable du fait de l'implication personnelle de l'acteur de prévention dans les actions. Par ailleurs, la prévention moderne nécessite que les acteurs facilitent l'expression des besoins de la population, sa participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes de prévention. Enfin, les interactions entre les programmes de prévention sont souhaitables mais elles doivent être identifiées pour éviter les effets pervers et pour optimiser les actions et les évaluations.

Parmi les compétences relevant de la formation personnelle de l'acteur de prévention, citons quelques exemples :

- 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 les 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 le développement chez les autres de la capacité à demander de l'aide 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 et de 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.

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 des différents aspects et des différentes approches 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 utilisant des références théoriques très diverses. Le problème est donc de définir comment on peut proposer l'ensemble de ces savoirs, afin que les acteurs potentiels de prévention puissent se les approprier. 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.

De plus, 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 sur les savoirs et les expériences, afin que les actions de prévention ne revêtent pas un aspect réductionniste et idéologique.

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

Compte tenu de la somme importante de connaissances dont nous disposons, il n'est pas possible d'exiger des connaissances exhaustives pour les acteurs de prévention de terrain ; en revanche, pour ceux qui ont à penser les politiques de prévention dans ce domaine, cela est nécessaire.

Pour les acteurs de terrain, certains savoirs sont indispensables ; ils doivent être rassemblés autour de thèmes transversaux regroupant les savoirs issus de disciplines différentes.

Des savoirs académiques sur le phénomène

- 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.
- 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, dépendance, rémission, abstinence, comportement de consommation de substances utilisées dans le cadre de la substitution, polyconsommation.
- Savoirs sur la personnalité des consommateurs : modèles rendant compte du développement de la personnalité dans ses dimensions biologique, psychologique, sociologique et culturelle ; notions de facteurs de vulnérabilité, de protection, de déterminants biologiques, psychologiques et sociaux, déterminants psychopathologiques primaires ou secondaires.
- 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.
- 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 consommateurs, milieu de vie habituel, milieu de vie singularisé par la consommation).
- 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 de soin,
 - les acteurs et les différentes politiques de santé et leurs objectifs.
- Savoirs sur les dommages sanitaires, sociaux et économiques liés aux consommations.
- Savoirs sur les pratiques soignantes et les dispositifs médico-sociaux.

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, qu'il puisse, au travers de toutes les actions de prévention qu'il conduit, être capable de déterminer la nature du modèle qu'il utilise afin de savoir ce qu'il fait, au nom de quoi, comment et pourquoi. Les différents modèles de la prévention sont rappelés dans le rapport « *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives* », édité au CFES en 1998.

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, mais aussi qu'il connaisse la diversité des stratégies d'évaluation et sache comment les développer.

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 psychoaffective 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. En effet, 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.

Des savoirs sur les méthodes de 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.

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.

Principes généraux d'une démarche de prévention

Les 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.

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 de substances psychoactives 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, des actions de santé qui iraient 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 seraient nuisibles sur le plan social et individuel.

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

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 également, 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.

Nécessité d'une cohérence

Le citoyen est destinataire de multiples messages de prévention. Il convient donc que les objectifs et les méthodes des actions de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives soient cohérents entre eux afin de permettre au sujet et à la population de développer une compétence en matière de santé. Une discordance entre objectifs et méthodes suivant les thèmes abordés, aurait un effet confusionnant et contreproductif.

L'évaluation

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

Cependant, il serait dommage de ne mettre en place des actions de prévention que si leur évaluation peut être rigoureusement programmée dès le départ. Il convient de laisser la place dans les stratégies d'évaluation 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 pour améliorer ce qui avait été initialement programmé. Il ne faut surtout pas risquer de perdre ce qui peut constituer le bénéfice de cette production de l'action de prévention.

Les moyens et requis nécessaires

L'étude des représentations, la connaissance des besoins et des attentes

Dans les démarches de santé, connaître les besoins et les attentes de la population représente la première étape. De nombreux moyens sont utilisables pour développer des lieux et des modalités d'expression individuelle ou collective ; ces méthodes n'ont rien de spécifique aux comportements de consommation de substances psychoactives, c'est l'intentionnalité de leur application dans ce champ spécifique qui va les caractériser. 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 des attentes sans bloquer la dynamique spécifique de l'action menée. Donnons quelques exemples : les enquêtes, les questionnaires, les expressions spontanées, les témoignages de « toxicomanes », d'anciens « toxicomanes », d'adolescents, de familles, le contenu des appels téléphoniques à Drogues Info Service, l'analyse anthropologique du phénomène, les lieux d'écoute jeunes, 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.

L'analyse et la prise en compte de l'opinion

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. 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.

Si l'on propose à une population des informations, des actions par trop contradictoires avec ce qu'elle sait, pense ou ressent, une opposition se manifesterait et on aura un effet contraire à celui attendu. Néanmoins, il est parfois nécessaire d'aller à l'encontre des représentations et des idées de l'ensemble de la population.

D'une manière générale, 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 et de plus, discrédite les politiques de prévention.

C'est pourquoi, 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 du phénomène.

Car s'il est mieux connu, l'état de l'opinion permet de préciser ce qu'une démarche de prévention doit aborder pour modifier certaines idées généralement répandues et certains comportements de santé. Cette connaissance est susceptible de mieux faire accepter par la population les propositions qui lui sont faites. Elle permet aussi de mesurer et d'informer des effets de l'environnement idéologique dans lequel les personnes vivent afin que chacun puisse développer une position critique vis-à-vis de ces influences.

On voit ainsi se côtoyer dans l'opinion publique des représentations très diverses : les consommateurs de substances psychoactives sont considérés soit comme des marginaux, soit comme des délinquants, soit comme des malades, soit comme des victimes.

Actuellement, il existe une grande hétérogénéité dans les représentations individuelles et sociales des comportements de consommation de substances psychoactives. C'est pourquoi il est difficile d'avoir un discours réductionniste qui serait convenu et très loin de la réalité et de la diversité du phénomène observé. Néanmoins, l'effet de l'actuelle cacophonie est désastreux et il est pour beaucoup dans le fait que l'ensemble de la population pense inefficaces les politiques de santé dans ce domaine.

De la même manière, la distorsion entre le phénomène et le discours des médias est actuellement une des dimensions les plus dommageables à la perception qu'a l'opinion publique des actions de prévention. Il serait souhaitable que les leaders d'opinion puissent proposer des informations valides ou encore que soit expliqué le bien-fondé de ces contradictions qui témoignent de la complexité du phénomène.

L'objectif étant d'agir sur les représentations individuelles et collectives des comportements de consommation de substances psychoactives, cela implique donc l'analyse et la prise en compte de ces représentations.

La responsabilisation des personnes

La responsabilisation des personnes dans le développement d'une politique de prévention suppose de rendre les personnes auteurs et actrices de leur prévention. Pour ce faire, on peut développer :

- 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 ;
- des pratiques plus individuelles, impliquant le recours à des théories sur les comportements issues du domaine de la médecine, de la psychosociologie 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 ;
- des pratiques renforçant les facteurs de protection pour assumer des choix et acquérir la capacité de résister aux propositions de l'environnement ;
- 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 ;
- 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 ;
- des pratiques visant à rendre désirable la santé et convaincre chacun de sa capacité à mettre en œuvre des comportements bénéfiques pour la santé ;
- des pratiques visant à donner une image positive des abstinentes et une image négative mais non stigmatisante des consommateurs car cela pourrait nuire à la demande d'aide ;
- des pratiques visant à créer les conditions de démarches rationnelles chez les adolescents (action raisonnée d'Ajzen et Fishbein) et à amorcer la prise de conscience des risques et l'analyse en groupes restreints des avantages et inconvénients de telle attitude ou tel comportement.

Place de l'information, importante mais non suffisante

Le souci de répondre aux besoins d'information est légitime et communément exprimé comme étant une des modalités les plus pertinentes dans des actions de prévention. Mais celles-ci ne sauraient suffir. 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.

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.

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 et leurs conduites, tant en ce qui concerne les comportements de consommation de substances psychoactives que l'ensemble de leur vie.

Les supports

Le choix du support par l'acteur de prévention va dépendre de plusieurs facteurs. Il va se faire en fonction de certaines actions thématiques, de la maîtrise et de l'expérience des acteurs, de la population ou du groupe auquel on s'adresse, des modèles théoriques de la prévention que l'on souhaite utiliser, des acteurs rassemblés, des financements obtenus, des exigences conjoncturelles.

La mise en place de programmes de prévention

La diversité des objectifs, la multiplicité des méthodes susceptibles d'être employées nécessitent impérativement une cohérence qui ne peut être obtenue que dans le cadre de programmes concertés. Ces programmes centrés sur les objectifs principaux que nous avons précisés, doivent être regroupés dans une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives. Cette politique doit elle-même être intégrée dans une politique générale de la santé. Il convient aux responsables politiques, administratifs et techniques et à chacun des acteurs de santé de bien se situer dans le cadre de ces politiques concertées.

Pour que ces politiques et ces programmes puissent être mis en place, la volonté de tous les acteurs et la mise en harmonie de leurs actions est un élément primordial, mais il est nécessaire aussi que ces actions soient inscrites dans le long terme et qu'ils soient à la hauteur des enjeux. Ces politiques coûteuses en compétences, en personnes, en temps et en argent nécessitent d'être pensées de manière précise et cohérente dans le cadre d'une politique de santé publique.

Conclusion

Quant à l'avenir

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.

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 et la société capables de gérer leur santé et leur vie 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 politique de prévention s'inscrit dans le respect des personnes, ne doit pas conduire à une stigmatisation du consommateur, 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.

D O S S I E R S T E C H N I Q U E S

Coordination

Françoise MOYEN et Danielle VASSEUR

Secrétariat d'édition

Nadine GAUTIER

Conception graphique

Jean-Yves VERDU

Maquette et réalisation - Conception de la couverture

Maryvonne MARCONVILLE

Ce document peut être reproduit sans autorisation préalable des auteurs,
sous réserve de mentionner explicitement leur nom et la source

ISBN-2-908444-50-X
Octobre 1998