État des lieux et concepts

En matière de prévention des addictions, sur quels concepts s'appuie-t-on aujourd'hui ? Que sait-on des consommations de produits psychoactifs en France ? Quels sont les acteurs de ce champ mal délimité ? Comment réfléchir la prévention dans le contexte actuel, quels objectifs se donner et sur quels axes s'appuyer pour développer une nouvelle prévention ?

Vers une prise en compte effective des conduites addictives

Pascale Gayrard
Médecin de santé publique, consultante
Pierre Poloméni
Psychiatre, hôpital Jean Verdier, Bondy, membre du Haut Conseil de la santé publique

« Voici la séquence basique : le sujet humain est sujet à la souffrance, qui le menace sur trois fronts : celui du monde extérieur — qui lui impose la dure loi du besoin et les frustrations quotidiennes —, du corps propre — éminemment vulnérable —, et des autres hommes — source de nuisances à laquelle il est spécialement sensible. La souffrance est incompatible avec le bonheur auquel il aspire. L'intoxication est en tête des techniques de bonheur dont se sert l'homme, la plus grossière, la plus active » (Paul-Laurent Assoun).

Le champ des addictions est ainsi dessiné plutôt que délimité. Comment ce champ s'est-il construit, sur quels concepts, quelles sont les avancées notables et quel chemin reste-t-il à parcourir ?

Alcool, héroïne, tabac, cannabis, anxiolytiques... des points communs

Pendant longtemps, les problèmes liés à la consommation de substances psychoactives ont été approchés essentiellement à travers les produits et leurs effets. Ainsi, à partir des années cinquante, les mondes associatif et médical se renforçaient pour lutter contre l'alcoolisme. Vingt ans plus tard, la société se confrontait à la toxicomanie ou plus spécifiquement à l'héroïnomanie et, dans les années quatre-vingt, la notion de tabagisme était introduite. Le produit consommé définissait – pratiquement à lui tout seul — le type de conduite voire l'individu dans son ensemble. Les substances illicites et licites occupaient des champs bien séparés, elles intéressaient des professionnels aux formations et profils différents. En termes thérapeutiques, la dépendance était le principal objet d'attention et la rupture avec le produit était visée. En prévention, l'objectif était la non-consommation pour la plupart des produits, sauf pour l'alcool pour lequel la modération était recommandée.

Progressivement, à partir des années quatre-vingt-dix, les substances psychoactives ont été envisagées ensemble et le concept de comportements addictifs s'est imposé face à l'approche produit. Les substances psychoactives, quel que soit leur statut légal, ont été mises sur le même plan. Leurs modalités d'action, en particulier au niveau cérébral, sont apparues avoir de

nombreux points communs. Leurs toxicités aiguës, chroniques et leurs risques relatifs ont été comparés en intégrant la notion de dose et de fréquence (*cf*. par exemple le rapport Roques sur la dangerosité des drogues, 1999). Les itinéraires des usagers (depuis l'expérimentation jusqu'à la dépendance) se sont révélés proches.

Les « cubes » d'Alain Morel (voir encadré) qui positionnent les produits d'une part selon le type de satisfaction recherchée par leurs utilisateurs et d'autre part selon leur profil en termes de dangerosité, permettent de comprendre ce qui réunit des produits à l'image très différente tels que l'héroïne, l'alcool ou le tabac. L'intérêt de cette représentation réside aussi dans ce qu'elle souligne les bénéfices que cherche (et souvent trouve) l'utilisateur dans la prise de produit.

La fréquence des conduites de polyconsommation et de déplacement d'un produit vers un autre apporte un argument supplémentaire provenant des utilisateurs eux-mêmes, invitant à considérer ensemble les différents produits.

Des produits, des usages, des comportements

À partir de quand la consommation d'un produit psychoactif devient-elle inquiétante et nécessite-t-elle une intervention ? Sortir de l'équation « drogué/pas drogué » et observer les comportements amène à une analyse des situations utile aux soins et à la prévention. Ainsi, la communauté scientifique reconnaît quatre comportements de consommation des substances psychoactives : l'usage simple, l'usage à risque, l'usage nocif et la dépendance.

- L'usage simple : expérimental, occasionnel, récréatif. Il n'est pas synonyme de risque nul, mais celui-ci est considéré comme acceptable pour l'individu ou la société.
- L'usage à risque : la consommation est susceptible de provoquer des dommages. En effet, la quantité consommée et/ou la modalité de consommation (précocité de l'initiation, conduites d'excès, autotraitement, association à d'autres substances, grossesse, conduite de véhicule…) représentent un risque particulier.
- L'usage nocif : la consommation est répétée et induit l'apparition de dommages sanitaires, professionnels, familiaux ou sociaux.
- La dépendance : elle se traduit par l'impossibilité de s'abstenir de consommer, également souvent par une tolérance au produit (obligation d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets) et, lorsqu'il existe une dépendance physique, par l'existence d'un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation. Ce trouble est répertorié dans les classifications internationales des pathologies en santé mentale.

Les principaux caractères d'une addiction sont les efforts répétés par le sujet pour réduire, contrôler ou arrêter le rituel, le temps considérable passé à le préparer, le réaliser, ou récupérer de ses effets, le besoin d'augmenter la fréquence ou l'intensité des prises, l'abandon ou la réduction d'importantes activités sociales ou de loisirs… À côté de cela, ce comportement est aussi moteur, avec des aspects positifs pour le sujet, ce qui l'amène à devoir négocier, avec lui-même et avec les autres, pour accéder peu ou prou à un « contrôle ». Le parallèle avec les passions amoureuses nous en donne une représentation.

À l'instar des produits psychoactifs, de nombreuses composantes de la vie moderne, objets de plaisir, d'apaisement, de fuite ou d'enfermement, comme le jeu, les conduites alimentaires, le travail…, peuvent donner lieu à une conduite addictive. Il s'agit des addictions sans produit, qui comportent aussi le sexe, le travail, la télévision, Internet, le téléphone portable, les achats compulsifs, le sport… L'existence de ces conduites permet de poser autrement la responsabilité des produits psychoactifs dans l'installation d'une addiction.

Les avancées permises par l'approche conduites addictives

En France, c'est la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) qui a consacré en 1999 l'approche conduites addictives, à travers le plan triennal de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Le rapport Rascas[1], en 2001, a synthétisé et mis en perspective l'ensemble des aspects communs et des aspects spécifiques aux différentes addictions.

Le plan triennal a grandement contribué, au travers de sa mise en œuvre (et notamment de l'information diffusée), à une évolution de la culture des professionnels et du public. À son actif, un nouveau regard sur les produits, les comportements et les usagers, une meilleure connaissance des risques, le rapprochement des acteurs ou du moins une meilleure compréhension entre eux, que ces acteurs appartiennent à la santé ou à d'autres secteurs (justice, social…).

Au-delà de la dépendance à l'alcool et aux drogues, seul sujet de préoccupation des soignants pendant longtemps, l'approche conduites addictives a permis de s'intéresser à l'ensemble des comportements de consommation posant problème et ainsi d'intervenir plus tôt (lors d'usages à risque ou d'usages nocifs), avec des chances de succès plus grandes.

Les conceptions thérapeutiques utilisées pour les différents produits se sont enrichies au contact les unes des autres : médicaliser/démédicaliser, substitution (héroïne puis tabac), thérapeutiques associées, prise en compte des comorbidités… Dans le domaine de la prévention, la stratégie de réduction des risques et des dommages initialement développée pour les usagers d'héroïne au moment de l'épidémie de sida a été appliquée à d'autres produits : alcool (pédagogie autour du nombre de verres par jour…), tabac (alternance possible patch et cigarettes…).

C'est sur cette approche globale que le « plan gouver-

1. Rapport de la MILDT « Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions » sept. 2001.

Dangerosités et plaisirs : l'ubiquité des drogues en cubes

Alain Morel
Psychiatre, directeur médical du Trait d'union, secrétaire général de la Fédération française d'addictologie

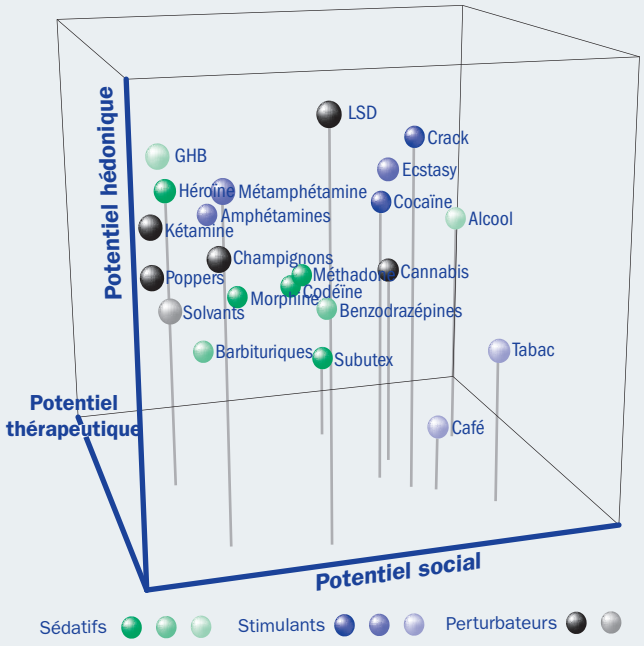
L'ubiquité est la faculté d'être présent à plusieurs endroits en même temps, et c'est bien là une propriété que possèdent toutes les drogues, à la fois « remèdes et poisons », « portes du paradis et de l'enfer »... Nous pouvons en tirer en effet de grands bienfaits, mais elles peuvent également avoir de graves conséquences sanitaires et sociales. Comment se représenter ce double visage et définir aussi simplement que possible la dangerosité des substances psychoactives et les satisfactions qu'elles peuvent apporter ?

C'est pour répondre à cette question qu'est proposé un modèle en deux cubes [33] : celui des « profils pharmacologiques de dangerosité » et celui des « profils de satisfactions recherchées ». Un modèle qui permet à la fois d'intégrer toutes les substances et de décrire chacune d'elles sur leurs deux versants.

Le profil pharmacologique de dangerosité est un modèle commun à toutes les substances psychoactives qui permet de caractériser les effets négatifs sur la santé de chacune selon trois axes :

- la toxicité somatique, c'est-à-dire sa capacité à provoquer des atteintes cellulaires ;
- le pouvoir de modification psychique, c'est-à-dire sa faculté de perturber les perceptions, les cognitions, l'humeur, la motivation, etc. ;
- la capacité de la substance à créer une dépendance (ou potentiel addictif), qui dépend de l'impact de la substance sur le système intracérébral de récompense.

Cette représentation en trois axes permet de figurer les différentes substances dans un cube où chacune est placée en fonction de ses niveaux de dangerosité propre. Par exemple, le tabac et l'héroïne sont placés tous deux au niveau le plus élevé sur l'axe du potentiel addictif, mais si l'héroïne est très haut sur l'échelle de l'action psychomodificatrice et très bas sur le potentiel de toxicité somatique, le



Les attraits : profil de satisfaction recherchée

nemental de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 », paru en novembre 2006, s'appuie pour adapter l'offre hospitalière et médico-sociale. À l'hôpital, celui-ci prévoit le regroupement d'activités de tabacologie, d'alcoologie, de toxicomanie et d'addictions sans produit à travers la mise en place de consultations, de services, d'équipes de liaison et de pôles d'addictologie. Il crée dans le secteur médico-social des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), structure ouverte à toutes les addictions et réunissant les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Il souhaite également développer la formation et la recherche en addictologie et la mobilisation des médecins généralistes à travers le développement de réseaux. Le plan ne développe pas d'axe spécifiquement préventif.

Enfin, le concept d'addiction offre un cadre de compréhension aux comportements sans produit tels que le jeu pathologique ou l'addiction à Internet. Le début de ces troubles survenant le plus souvent à l'adolescence, on peut imaginer un axe d'intervention en matière de prévention commun aux autres comportements addictifs.

De l'intérêt aussi de l'approche « produit »

À côté de l'approche globale addiction, l'approche produit reste pourtant utile sur un plan opérationnel. Elle seule peut tenir compte du poids de la culture qui s'est construite autour de chaque produit, de la non-cohérence du statut légal des substances par rapport à leur dangerosité et des différences d'accès qui en découlent, de l'histoire et du cloisonnement de la prise en charge, des différences épidémiologiques entre les consommations des substances et celles de leurs conséquences sanitaires.

tabac est en position inverse, car peu psychomodificateur, mais fortement somatotoxique.

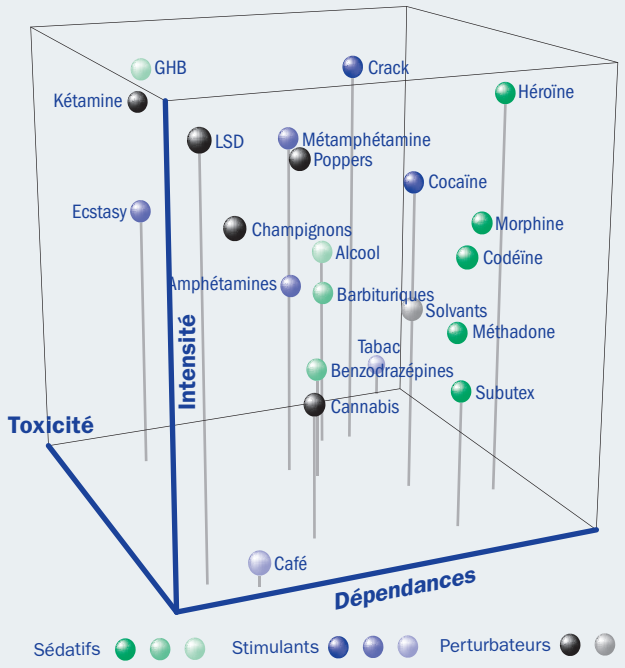
Mais ce modèle sur la dangerosité des substances n'apporterait rien de très nouveau s'il n'était mis en rapport avec un autre : celui des satisfactions apportées par ces mêmes substances psychoactives ; c'est *le profil de satisfactions recherchées*.

Trois types d'effets recherchés résument les effets produits, peu ou prou, par toutes les substances psychoactives. des effets positifs qui peuvent se définir schématiquement par trois « potentiels de satisfactions » très liés entre eux :

- le potentiel hédonique déterminé par la production de sensations psychocorporelles agréables du fait de leur propriété de stimuler certaines voies du système dopaminergique ;
- le potentiel de socialisation par l'inscription dans des codes sociaux de leur usage et par les éléments de posture et d'identité qu'elles fournissent ;
- le potentiel thérapeutique du fait de leurs propriétés apaisantes et anesthésiantes, voire euphorisantes.

Sur chacun de ces axes, les pratiques de consommation génèrent des systèmes propres de régulation, des normes visant à l'obtention maximale de la satisfaction recherchée et à la minimisation des effets non désirés ou nocifs.

Le double profil de dangerosité pharmacologique et de satisfactions recherchées permet pour chaque substance de situer la notion de « risque relatif » et sa marge d'acceptabilité. Entre plaisirs et dangers, chacun se conduit en fonction d'une attente et de limites qui renvoient à l'acceptation de risques. Cette acceptabilité du risque est fortement déterminée par la culture, la société, la pression du groupe d'appartenance, mais aussi par l'histoire et l'expérience personnelle.



Réalisation adsp d'après www.acet.fr/afpa.

Les dangers : profil pharmacologique de dangerosité

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. *83.*

Ainsi, le plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, sans renier l'approche addiction, a fait de la consommation du cannabis un axe prioritaire de prévention chez les jeunes.

Le décret mettant en place les Csapa a prévu une possibilité de spécialisation : « *Art. D. 3411-2. - Les centres peuvent spécialiser leur activité de prise en charge en direction de personnes consommant des substances psychoactives illicites ou de l'alcool.* »

Des démarches spécifiques par produit sont menées (états généraux de l'alcool, conférence de consensus « traitement de substitution »…).

De même, certaines prises en charge médicamenteuses restent spécifiques aux produits en cause (antalgiques, benzodiazépines…).

En matière de prévention, à côté des campagnes menées sur l'ensemble des substances psychoactives (« *Tout savoir sur les addictions : drogues, alcool, tabac…* »), les produits les plus consommés font l'objet de communications particulières (« *Le tabac tue un fumeur sur deux; l'industrie du tabac compte sur vous pour les remplacer; le cannabis est une réalité; êtes vous sûrs de tout connaître sur les risques liés à l'alcool ?* »).

En milieu du travail, des démarches prévention centrées sur l'alcool sont menées, justifiées par la consommation d'alcool qui s'y est installée et la culture qui s'est développée par rapport au produit. Elles sont parfois élargies à d'autres produits comme le cannabis lorsque des consommations sont soupçonnées ou observées.

Un autre abord est nécessaire lorsque les produits utilisés répondent à la quête de performance, comme dans des situations professionnelles où l'exigence de résultats est forte ou dans certains sports où le dopage s'est développé.

Dans les structures de prise en charge en addictologie comme les Csapa, l'entrée produit devra certainement

être envisagée pour résoudre les questions pratiques posées par le mélange de patients et de professionnels aux cultures différentes. Comment organiser en un même lieu la cohabitation des patients qui se reconnaissent davantage par rapport à un produit, à un groupe de pairs, voire à un mode de vie que par rapport à un comportement addictif ? Comment permettre la collaboration de professionnels aux orientation, formation et savoir-faire « propres » ? En miroir de l'identification des patients à leur produit, les soignants sont souvent fidèles à un savoir-faire spécifique. Comment tenir compte de leurs peurs, de leur ennui ou de leur désir, devant les nouveaux patients à rencontrer ? Comment garantir la fluidité de la prise en charge ? Comment prendre en compte les nombreux et différents symptômes, expression d'une maladie qui se révèle unique ?

En conclusion, les enjeux ?

Dans les années quatre-vingt/quatre-vingt-dix, les professionnels ont alerté les pouvoirs publics sur l'évolution des problématiques rencontrées avec des substances psychoactives et sur l'apparition de nouveaux comportements pathologiques s'apparentant aux toxicomanies : polytoxicomanie associant alcool et tabac, nouveaux produits, développement du jeu pathologique. Un temps de réflexion, alimenté par des nombreuses contributions (épidémiologiques, neurobiologiques…) a permis de faire émerger le concept d'addictions.

Dans le même temps, l'idée d'un « monde sans drogue », voire « sans addiction », était abandonnée au profit d'une limitation des risques, d'une amélioration de la prévention et des traitements.

Une organisation des soins cohérente avec l'approche addiction se dessine aujourd'hui à travers le dernier plan addiction. L'enjeu est de taille, les difficultés des soignants (plutôt que leurs résistances) sont encore fortes. Mais elle seule devrait permettre de répondre correctement à l'évolution prévisible des addictions (nouveaux produits, nouveaux comportements, déplacements entre conduites). Enfin, un autre enjeu existe en amont, celui d'une prévention précoce à l'égard de toutes les conduites addictives, prochaine étape dans l'utilisation du concept d'addiction ?

Les consommations de substances psychoactives en France

Jean-Michel Costes
Directeur
Hélène Martineau
Attachée de direction
Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Les niveaux de consommation

… de l'ensemble de la population française

Le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus consommées en France. L'alcool est consommé, au moins occasionnellement, par une très large majorité de Français : en 2005, seuls 7 % des 18-75 ans déclarent n'en avoir jamais bu. Il est consommé au moins une fois par semaine par 35 % et quotidiennement par 15 % de la population de cet âge. Le tabac est lui aussi largement expérimenté. Mais, compte tenu de son fort pouvoir addictif, sa consommation est très souvent quotidienne. En 2005, 34 % des Français âgés de 18-75 ans se déclarent fumeurs, dont 29 % de fumeurs quotidiens. Les médicaments psychotropes, principalement consommés dans le cadre d'une prescription médicale, occupent la troisième place en fréquence de consommation de substances psychoactives (tableau 1) [9, 25, 36].

Le cannabis est le produit illicite le plus fréquemment consommé. En 2005, 27 % des Français âgés de 18-75 ans l'ont expérimenté, dont 7 % qui en ont consommé dans l'année. Parmi ces derniers, un peu plus d'un tiers en consomment régulièrement. Les autres drogues illicites sont expérimentées de manière beaucoup plus marginale : 3 % de la population française dans le cas de la cocaïne et des champignons hallucinogènes, 2 % pour les amphétamines et l'ecstasy et 1 % pour l'héroïne. La consommation au cours de l'année passée de ces différents produits est encore plus rare [9, 19].

… des jeunes

Les consommations des jeunes se différencient de celles de leurs aînés sur deux points principaux : la place primordiale qu'occupe le tabac et l'importance du rôle tenu par le cannabis. En effet, à 17 ans plus de 9 jeunes sur 10 ont expérimenté l'alcool, 7 sur 10 le tabac et 5 sur 10 le cannabis. Mais la hiérarchie de ces trois produits change lorsque la fréquence de la consommation augmente. Ainsi, la prévalence de la consommation quotidienne est de 33 % pour le tabac, 4 % pour le cannabis et 1 % pour l'alcool.

À 17 ans, 1 jeune sur 5 déclare avoir déjà pris un « *médicament pour les nerfs, pour dormir* » ,dont 1 sur 10 au cours du dernier mois. Dans 1 cas sur 2, il s'agit de médicaments psychotropes proprement dits : anxiolytiques, hypnotiques ou antidépresseurs dont l'obtention est soumise à prescription médicale.

L'expérimentation des drogues illicites autres que le cannabis est un phénomène assez rare, qui est constaté au plus pour 5 % des jeunes (âgés de 17 ans) (figure 1). La consommation récente de tels produits est encore plus rare : elle n'est rencontrée chez plus de 1 % de ces jeunes que dans le cas des poppers, de l'ecstasy, des champignons hallucinogènes et de la cocaïne [10, 31].

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 83.

Comparaisons européennes

Dans la plupart des pays européens, alcool, tabac et cannabis sont les principaux produits expérimentés et consommés [22, 23, 27, 37, 57].

La France se situe dans la moyenne européenne en ce qui concerne la consommation de tabac, aussi bien chez les adultes (33 % de fumeurs de 15 ans et plus fin 2006 contre 32 % en Europe [23]) que chez les jeunes (33 % de fumeurs récents – au cours du mois – âgés de 15-16 ans contre 35 % en Europe [27]). En matière d'alcool, la situation est plus contrastée : les adultes français (de 15 ans et plus) occupent une position intermédiaire haute pour la consommation d'alcool au cours du mois précédant l'enquête (88 % contre 87 % des Européens), alors que les jeunes Français enregistrent, en 2003, un niveau intermédiaire pour l'usage au moins occasionnel d'alcool (80 % des jeunes Français déclarent un usage d'alcool au cours des douze derniers mois, contre 83 % en moyenne en Europe) et un niveau bas, par rapport à leurs voisins européens, pour l'ivresse (29 % des jeunes Français ont été ivres dans l'année contre 53 % en moyenne en Europe) [22, 27]. Les prévalences pour la consommation de cannabis des Français sont parmi les plus importantes d'Europe : 26 % d'expérimentateurs chez les adultes pour la première moitié de la décennie 2000 [37] et 22 % de consommateurs récents (au moins un usage au cours des trente derniers jours) chez les 15-16 ans en 2003 [27].

Comme en France, l'expérimentation des autres produits illicites se révèle plus marginale. La France, avec des prévalences comprises entre 1 et 1,5 % pour l'expérimentation de cocaïne, d'amphétamines ou d'ecstasy, se situe dans les pays les moins consommateurs de ces produits [27]. Mais certains pays se distinguent par des niveaux de consommation nettement plus importants, comme par exemple le Royaume-Uni où 6 % des adultes ont fait l'expérience de la cocaïne, 11 % des amphétamines et 7 % de l'ecstasy (contre 3 % en moyenne en Europe pour chacun de ces produits). Chez les jeunes, les produits à inhaler (colles, éther ou protoxyde d'azote) sont parfois plus fréquemment expérimentés, jusqu'à 15-18 % en Irlande, à Chypre, à Malte ou encore en Slovénie [27, 57].

Démographie des consommations

Sexes

La consommation de drogues est globalement un comportement plutôt masculin, et cela d'autant plus que cette consommation est régulière. Les usages réguliers d'alcool et surtout de cannabis concernent nettement plus les hommes que les femmes. De même, l'expérimentation des drogues illicites autres que le cannabis est un comportement plutôt masculin. Le tabagisme est en revanche un phénomène peu différencié suivant le sexe, alors que l'usage de médicaments psychotropes s'observe beaucoup plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. On note les mêmes différences par sexe chez les jeunes (figure 2), avec quelques nuances : les écarts entre les sexes sont plus importants que chez les adultes pour l'alcool et les psychotropes, moins importants pour le cannabis et inexistants pour le tabac.

Âges

La consommation régulière d'alcool et de médicaments psychotropes s'accroît fortement avec l'âge. À l'inverse, celle de tabac et de cannabis est plus fréquente chez les jeunes et diminue ensuite au cours de la vie.

L'expérimentation des principaux produits consommés régulièrement par les Français se fait au cours de l'adolescence, pour certains très tôt mais en majorité aux âges de fréquentation du collège. Hormis l'alcool, pour lequel il est difficile de déterminer le moment précis du premier verre, le tabac est le produit expérimenté le plus précocement par les jeunes : entre 13 et 14 ans en moyenne pour la première cigarette et avant 15 ans pour son usage quotidien. Le premier joint est fumé à

tableau 1

Estimation du nombre de consommateurs des principaux produits psychoactifs parmi la population française (en millions)

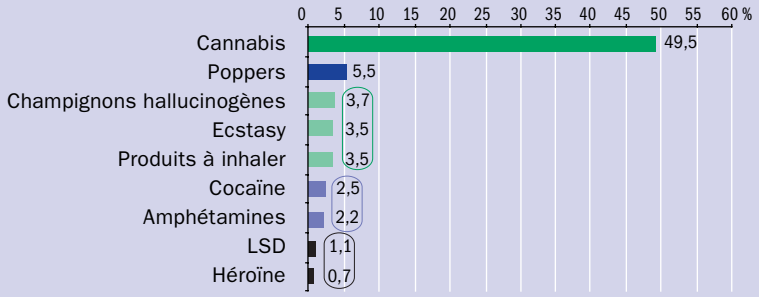
	Expérimentateurs[1]	Dans l'année[2]	Réguliers[3]	Quotidiens
Alcool	42,50	39,40	9,70	6,40
Tabac	34,80	14,90	11,80	11,80
Médicaments psychotropes	15,10	8,70	/	/
Cannabis	12,40	3,90	1,20	0,55
Cocaïne	1,10	0,25		
Ecstasy	0,90	0,20		
Héroïne	0,35			

1. Au moins un usage au cours de la vie.
2. Au moins un usage dans l'année (ou fumeurs actuels).
3. 10 usages ou plus au cours des trente derniers jours (ou au moins 3 consommations d'alcool dans la semaine pour les 19-75 ans et fumeurs quotidiens).

Sources : Escapad 2003, OFDT ; Espad 2003, Inserm/OFDT/MJENR ; Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

figure 1

Fréquence d'expérimentation des principales drogues illicites chez les jeunes Français de 17 ans, en 2005



Sources : Escapad 2005, OFDT.

15 ans, âge moyen également de la première ivresse et de la première prise d'un médicament psychotrope. La première consommation de poppers, de champignons hallucinogènes, d'ecstasy, d'amphétamines ou de cocaïne, si elle survient, se situe en général entre 16 et 16 ans et demi. Pour les trois principaux produits consommés par les jeunes (tabac, cannabis et alcool), la diffusion des consommations au sein d'une génération est maximale entre 13 et 15 ans, âges stratégiques pour la prévention (figure 3) [6].

Statuts scolaire et socioprofessionnel

Les comportements d'usage sont souvent différenciés suivant le statut socioprofessionnel et scolaire des usagers (ou de leurs parents pour les plus jeunes).

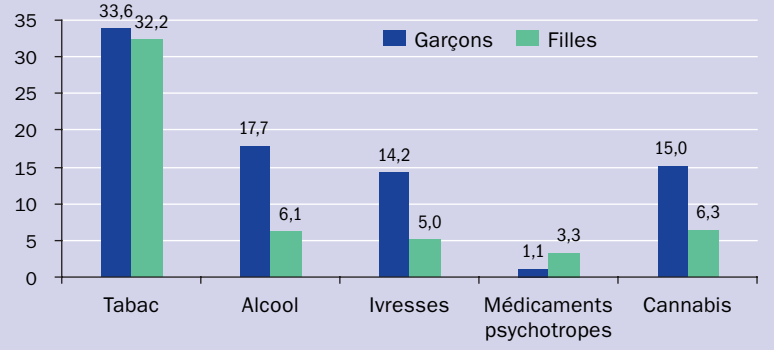
Comme pour le tabac, la consommation d'alcool des élèves et des étudiants est moins fréquente que celle des actifs du même âge, alors que les chômeurs en font un usage plus fréquent et plus à risque (usage problématique d'alcool suivant les critères du test Deta — voir ci-dessous — et ivresses alcooliques) par rapport aux actifs du même âge. Cette surconsommation des chômeurs se retrouve également pour le cannabis. Pour ce produit, en revanche, les étudiants sont plutôt sous-expérimentateurs par rapport aux actifs du même âge et autant consommateurs à des fréquences plus importantes. Entre les différentes catégories d'emploi, les différences sont moindres quel que soit le produit considéré [26].

La consommation des jeunes apparaît aussi dépendante de la situation sociale des parents. À l'exception de l'héroïne, les usages de substances psychoactives sont plus répandus parmi les jeunes issus de milieux familiaux privilégiés. Cela se vérifie pour le tabac, l'alcool (y compris les ivresses), le cannabis consommé régulièrement ainsi que pour l'expérimentation d'ecstasy et de cocaïne, même si ces produits sont moins fréquents [31].

Du point de vue du statut scolaire, les consommations de tabac, d'alcool, de cannabis, de cocaïne et d'ecstasy sont plus fréquentes chez les adolescents dont le parcours scolaire est difficile (jeunes sortis du système scolaire, ayant redoublé, en apprentissage ou en formation alternée par rapport aux élèves des filières générales classiques) [31]. Pour les plus âgés, si l'expérimentation du cannabis s'avère plus fréquente chez les personnes possédant au moins le bac, l'élévation du diplôme serait plutôt de nature à décourager l'usage régulier de cannabis [26].

figure 2

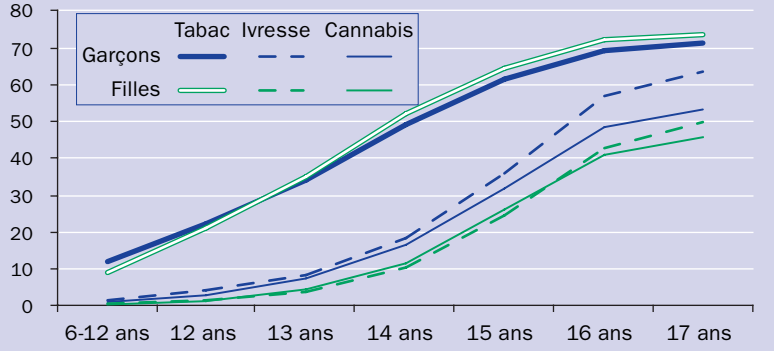
Fréquence de l'usage régulier (au moins 10 fois au cours du mois) chez les jeunes Français de 17 ans en 2005, selon le sexe (en pourcentage)



Source : Escapad 2005, OFDT.

figure 3

Diffusion de l'expérimentation du tabac, de l'ivresse et du cannabis pour la génération âgée de 17 ans en 2005



Source : Escapad 2005, OFDT.

Disparités régionales

Les consommations de substances psychoactives sont plus ou moins inégalement réparties dans les régions de France métropolitaine. Les différences régionales sont relativement plus marquées pour l'alcool et le cannabis que pour le tabac. Ainsi, en 2005, la consommation quotidienne d'alcool est plus fréquente dans le Sud et dans la région Nord-Pas-de-Calais, et l'ivresse plus fréquente en Bretagne. L'usage de cannabis est plus fréquent en Bretagne et dans le Sud-Est. Cette même localisation est aussi rencontrée avec l'expérimentation de cocaïne et d'ecstasy [10].

Chez les jeunes âgés de 17 ans, les différences régionales semblent plus marquées. Le tabagisme est plus fréquent dans l'ouest et le nord de la France, plus rare en Ile-de-France et dans une moindre mesure l'Est (Alsace, Rhône-Alpes). La consommation régulière d'alcool est plus fréquente dans l'ouest et le sud de la France ; cette différence étant encore plus marquée en ce qui concerne les ivresses. L'usage de cannabis est plus fréquent en Bretagne et dans le sud-est de la France. Ces différences sont également observées globalement pour les autres drogues illicites, même s'il faudrait apporter quelques nuances [7].

Les évolutions

Les tendances d'évolution des consommations de drogues par l'ensemble des Français sont divergentes en fonction du produit considéré et de la tranche d'âges étudiée. Une tendance à la baisse est constatée pour

les deux produits les plus fréquemment consommés : le tabac et l'alcool.

La baisse des quantités d'alcool consommé est très ancienne. En quarante-cinq ans, la consommation d'alcool pur par habitant a été réduite de moitié (12,9 litres par habitant âgé de plus de 15 ans en 2006). Cette réduction résulte quasi exclusivement de la diminution de la consommation de vin, les consommations de bière et spiritueux restant relativement stables sur cette période. Cette baisse continue fait perdre à la France la position si singulière qu'elle avait en Europe, bien qu'elle reste dans le groupe des pays à forte consommation globale d'alcool. Corrélativement à la baisse des quantités moyennes consommées, la proportion de consommateurs réguliers ou quotidiens d'alcool a aussi diminué [17, 25, 36].

La tendance sur la consommation d'alcool chez les jeunes, plus complexe à établir, semble être en légère augmentation en ce qui concerne les ivresses [10, 27].

La baisse de la consommation de tabac est plus récente, une vingtaine d'années. Constatée dès les années 1980 chez les hommes, cette tendance est aussi relevée dans les années récentes chez les femmes. Chez les jeunes, on constate une tendance similaire à la baisse, notamment au cours des années récentes (figure 4). Alors qu'en 1999 ils étaient parmi les plus gros consommateurs en Europe, aujourd'hui les jeunes Français se situent dans la moyenne européenne en matière de tabagisme [10, 27].

D'autres consommations sont à la hausse. C'est le cas des médicaments psychotropes, notamment des antidépresseurs dont les ventes ont doublé entre 1990 et 2003. La fréquence d'utilisation de médicaments psychotropes est élevée en France, comme l'est plus globalement la consommation de médicaments. Chez les jeunes, le niveau de ces consommations, qui ne se situent pas toujours dans le cadre d'une prescription médicale, semble récemment se stabiliser [10, 36].

La consommation du cannabis est également à la hausse. Néanmoins, après une décennie (1990) de forte hausse régulière, qui a conduit les jeunes Français à figurer parmi les plus gros consommateurs de cannabis en Europe, les données les plus récentes indiquent une stabilisation voire l'amorce d'une inversion de tendance. Pour les autres drogues illicites, rarement consommées, on relève une diffusion croissante pour les hallucinogènes et les stimulants, notamment la cocaïne et l'ecstasy [9, 10, 27, 37].

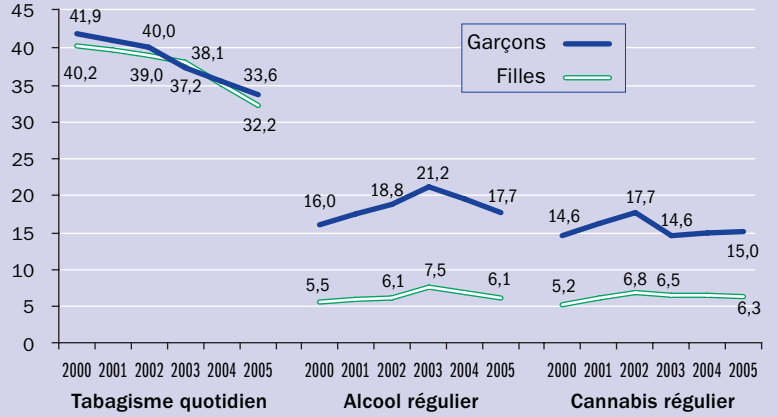
Les consommations problématiques

Selon des critères portant sur les quantités consommées et le délai entre le réveil et la première cigarette de la journée, la moitié des fumeurs quotidiens de 26-75 ans présentent des signes de dépendance. En 2003, 12 % des jeunes Français âgés de 17-18 ans fument et présentent des signes de dépendance forte caractérisée par une consommation quotidienne de plus de 20 cigarettes et une première cigarette fumée dès le réveil ou avant de quitter leur domicile [8, 38].

Les consommations excessives d'alcool sont abordées dans les enquêtes par une question portant sur le cumul du nombre de verres lors d'une même occasion de boire. Ainsi, en 2005, 22 % des hommes et 6 % des femmes (âgés de 15-75 ans) déclarent avoir consommé 6 verres ou plus lors d'une même occasion au cours du mois passé. Ce comportement est encore plus fréquent chez les jeunes ; 56 % des garçons et 36 % des filles âgés de 17 ans ont consommé au moins une fois au cours du mois passé 5 verres ou plus lors d'une même occasion. Différents indicateurs permettent également d'approcher les consommations problématiques d'alcool. En 2005, on estime que 9,4 % des personnes de 12-75 ans présentent des signes d'usage problématique selon le test Deta. Selon le test Audit-C (figure 5), 7,9 % de cette même population aurait un risque élevé d'alcoolisation

figure 4

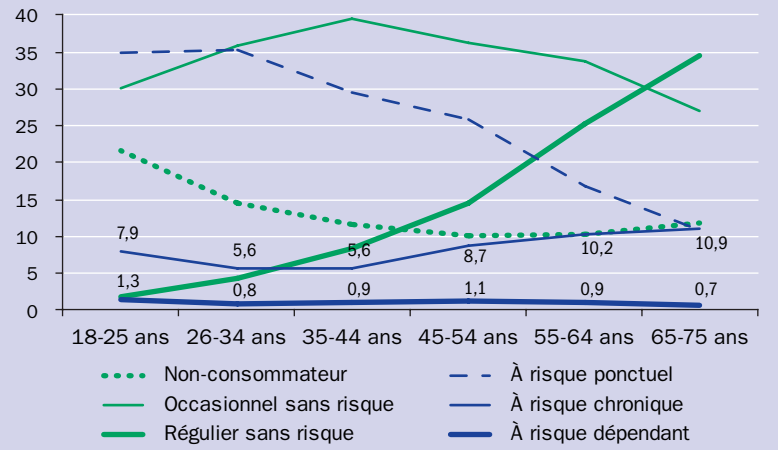
Évolution de l'usage régulier de tabac, alcool et cannabis à 17 ans entre 2000 et 2005



Source : Escapad, OFDT.

figure 5

Classification des buveurs selon l'Audit-C suivant l'âge (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

chronique et 0,9 % un risque élevé de dépendance alcoolique [10, 25].

La consommation de cannabis est surtout une consommation de type « occasionnelle » rencontrée principalement chez les adolescents et les jeunes adultes, mais son usage régulier concerne une population importante (1,2 million de personnes, estimation 2005). Une grande part des problèmes sanitaires et sociaux liés à la consommation de cannabis concerne les consommateurs réguliers. À 17-18 ans, la moitié des usagers réguliers sont considérés comme « problématiques » par le Cast, test statistique de repérage des « usages problématiques » de cannabis. Les principaux problèmes relevés sont : la perception de troubles de la mémoire, un manque d'énergie, une certaine dégradation des relations avec ses proches, les amis ou la famille, la conduite d'un véhicule après avoir consommé du cannabis. Enfin, un quart des usagers réguliers montrent des signes qui pourraient suggérer une potentielle dépendance. Les conséquences sociales négatives de l'usage de cannabis sont majorées pour des personnes déjà en difficulté sur le plan social [19].

Les conséquences problématiques des usages de drogues illicites restent largement dominées par la consommation d'héroïne en France comme dans la plupart des pays de l'Union européenne. Il s'agit du principal produit à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales d'usagers de drogues illicites, la cocaïne, souvent consommée en association avec les opiacés, intervenant dans une moindre part. On estime (dernière estimation disponible : 1999) entre 150 000 et 180 000 le nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne « à problèmes ». C'est une population relativement jeune (autour de 30 ans) mais vieillissante, très fortement masculine (4 hommes pour 1 femme), souffrant fréquemment de troubles psychiatriques et souvent en difficulté sociale. L'observation des usages et des usagers de ces produits montre que au cours des dernières années, parmi les usagers problématiques, la consommation de cocaïne, mais aussi d'autres stimulants tels que l'ecstasy et les amphétamines, est en progression quel que soit le mode d'usage (injectée, sniffée, fumée) tandis que celui de l'héroïne se stabilise après avoir diminué. Des consommations d'autres produits, notamment d'alcool, de médicaments psychotropes et de cannabis, sont fréquemment associées [36].

Vers une nouvelle prévention ?

Alain Morel
Psychiatre, directeur médical du Trait d'union, secrétaire général de la Fédération française d'addictologie

La prévention des conduites addictives est un champ fort riche. Riche d'initiatives et de créativité. Riche aussi de discours, de confusions et de malentendus.

Il faut dire que, par strates successives, depuis un peu plus d'un siècle, les approches, les idées, les politiques se sont accumulées et contredites, modifiées ou renforcées, mais que le problème ne cesse de se poser… et de croître.

Il faut dire aussi que, sur la planète, le problème s'est « mondialisé », mais que les approches prennent des directions pour le moins divergentes : ici on exécute les trafiquants, ici on légalise des commerces spécialisés ou des distributions contrôlées, ici on pourchasse la consommation d'alcool, là on en fait la publicité, ici on combat le tabac et là on augmente les profits en développant les marchés…

Il faut dire également que l'élargissement du champ couvert par l'addiction à des substances licites et illicites, à des « addictions sans drogue » et à toutes sortes d'activités courantes en a encore rajouté côté richesse et côté confusion. Indéniablement, la question de l'addiction devient de plus en plus permanente et s'est étendue à tous les secteurs de la société et de nos vies quotidiennes : fêtes, jeux, alimentation, sommeil, travail, convivialité, sport, traitements, Internet, économie, délinquance…

Notre société moderne a un problème avec les addictions. C'est si évident que cela devrait nous obliger à nous demander en priorité en quoi cette société moderne, libérale, capitaliste et démocratique, cette société qui s'impose de plus en plus sur tous les continents, sécrète ces comportements, et pourquoi ils deviennent des objets de politiques qui visent à les « combattre ». C'est évident, mais nous nous posons finalement assez peu la question, car ce qui nous préoccupe ce sont les méthodes pour changer les comportements individuels. Pour être heureux, nous devons avoir des comportements plus sains, on ne cesse de nous le dire…

Mais, apparemment, les gens ne comprennent pas tout le mal qu'ils se font. Et nous voilà bien embarrassés car les problèmes sont complexes et les solutions préconisées très diverses, pour ne pas dire contradictoires. Les efforts et les dépenses se montrent peu rentables, excepté les mesures de contrôle[1], toujours plus pressantes sur les individus, mais dont les résultats enregistrés ne portent en réalité que sur le court terme.

Alors que faut-il faire ?

Réfléchir, essayer de comprendre, élargir notre approche, réviser notre vision conventionnelle et tirer profit de nos expériences déjà pleines d'enseignements. Et puis expérimenter des voies différentes dont la nou-

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 83.

1. En tout cas à en croire des « méta-analyses » de programmes de prévention comme celle portant sur le risque alcool, publiée par l'équipe britannique de Babor, et qui a eu de larges échos [5].

veauté ne tient pas seulement à des améliorations techniques (dans les méthodes de communication par exemple) mais à des réorientations plus fondamentales. Propositions qui n'intéressent malheureusement que peu les décideurs politiques, toujours en manque de mesures à visibilité immédiate. Mais elles peuvent intéresser, nous l'espérons, les professionnels et les citoyens qui perçoivent de plus en plus le hiatus entre les messages de la prévention et la vie réelle.

Quel(s) objectif(s) ?

Qui peut dire aujourd'hui ce que doit être l'objectif de la prévention : diminuer les niveaux de consommations ? Empêcher certaines de ces consommations (mais lesquelles ?) ou toutes ? Diminuer les dommages induits ? Responsabiliser les usagers ?

Prévenir peut en effet se décliner dans de très nombreuses directions :

- par stade de la consommation ou pour tout type d'usage,
- par produit ou par comportement,
- pour développer l'abstinence ou pour réduire les risques,
- par l'éducation à l'autodétermination ou par les lois et le contrôle,
- par l'action envers les facteurs prédictifs ou par la modification des comportements de consommation,
- par l'action sur les substances pour améliorer leur qualité ou pour les éradiquer,
- par populations spécifiquement à risque ou de façon générale,
- par l'individu ou par les liens communautaires…

Cette multiplicité des choix et des objectifs possibles indique plusieurs choses.

La première est que les drogues (les psychotropes en général) ont de multiples facettes et que les addictions ont de multiples sources. Il ne faut jamais perdre de vue, dans ce champ, la célèbre formule du professeur Olievenstein : « *La toxicomanie est la rencontre entre une personne, un produit et un moment socioculturel.* » Elle nous rappelle que les facteurs sociaux, psychologiques et biologiques qui concourent aux usages de drogues et aux addictions le font par un ensemble d'interactions complexes. C'est en comprenant ce système d'interactions que l'on peut trouver les clés pour prévenir ses dérégulations.

La deuxième, c'est que la prévention elle-même est un domaine complexe et flou, un domaine où les représentations et les attitudes dépendent des valeurs individuelles et collectives, un domaine où vouloir le bien d'autrui fait oublier parfois que les individus sont les ultimes propriétaires de leur corps et de leur vie. Car il nous faut observer, au risque de choquer, que l'addiction en soi n'est pas un problème. Toutes nos dépendances ne sont pas nuisibles, et la question de ce que chacun en fait, la question de la limite, appartient *in fine*… à chacun.

La troisième chose, c'est que, dans notre société où les risques se multiplient en même temps qu'ils sont l'objet d'une préoccupation croissante, les objectifs de prévention sont nécessairement divers, s'entrecroisent, se chevauchent et peuvent facilement devenir confus si ce n'est contradictoires. Prévenir la « maladie addictive », ce n'est pas pareil que de prévenir ses complications ou de prévenir l'évolution addictive d'une conduite, et pourtant ce sont trois objectifs qui doivent s'articuler. Prévenir les conduites addictives, ce n'est pas pareil que de prévenir l'ensemble des conduites à risque, et pourtant ce sont deux problématiques qui se recoupent fortement.

Devant un champ aussi complexe, comment faire l'économie de réflexions sur l'essence même de la prévention : Au nom de quoi prévenir ? Selon quelles valeurs et quelles finalités ? Qu'est-ce que l'on veut prévenir exactement ?

Cette réflexion n'est pas détachée d'un objectif aussi concret qu'impératif : définir collectivement (démocratiquement) une politique qui ordonne et articule les objectifs entre eux, et qui permette le déploiement d'une diversité d'actions cohérentes.

Chaque action n'a en effet de pertinence que si elle se fixe un objectif spécifique et si elle s'inscrit dans une stratégie d'ensemble. Encore faut-il que cette politique existe et qu'elle soit repérable. Le problème de la prévention des conduites addictives semble justement celui de l'absence d'une stratégie d'ensemble suffisamment consensuelle pour permettre à chacun et à chaque action de savoir en quoi et comment il participe à une entreprise nécessairement collective et globale pour toucher aux fondements du problème.

Pourquoi cette absence de cohérence ?

Il y a certainement une part d'« aveuglement » de la société, peu prompte à réviser ses propres tendances « addictogènes ». Nous y voyons aussi une difficulté conceptuelle pour appréhender le problème dans sa globalité et non sous le seul angle légal et/ou médical. Car, certes, les addictions sont un enjeu de santé et, dans une certaine mesure, un enjeu de sécurité, mais c'est surtout un enjeu de société qui soulève la question du rapport de l'individu à sa recherche de bien-être dans le contexte d'aujourd'hui.

Comment progresser dans la cohérence ?

Dans le cadre de cet article, nous répondrons en proposant cinq axes.

- Élaborer une nouvelle « culture commune » en réinterrogeant les postulats conventionnels et en s'appuyant sur de nouvelles approches davantage soucieuses des réalités actuelles.
- Remettre en relation les conduites addictives et le contexte socioculturel, celui de la modernité.
- Redéfinir la place de l'individu et de l'« usager » face à son éventuel « problème » d'addiction.
- Tenir compte de l'expérience pour fixer les principes généraux des actions de prévention.
- Organiser l'architecture d'une politique globale de prévention.

L'approche conventionnelle : contrôler et dissuader

Confrontée à cette passion des toxiques apparue quelques décennies plus tôt, la « défense sociale » a consisté au début du XXe siècle à installer un « socle » législatif traçant les contours d'interdits et de modes de contrôle. Dans cette phase, le contrôle ne visait pas les consommateurs, mais plutôt l'exposition au produit. Des prohibitions ciblées ont été mises en place ; certaines seront des échecs retentissants (comme celle envers l'alcool en Amérique du Nord), d'autres seront couronnées d'un certain succès (comme celle de l'absinthe en France).

Les choses seront maintenues ainsi quelques décennies, jusqu'à ce que, dans les années soixante, de « nouvelles toxicomanies » donnent une visibilité sans précédent au phénomène, qui est perçu alors comme une menace sur la jeunesse et, par-là même, sur toute la société. L'urgence sociale est décrétée. L'alcoolisme puis la toxicomanie sont élevés au rang de « fléau social » et il n'est plus question que de renforcer la législation. Afin de légitimer ce renforcement du contrôle, l'heure est à une information sur les dangers des drogues, jusque-là considérée comme allant de soi voire contre-productive (« *moins on en parle, moins on fait de publicité* »). Législations et informations poursuivent un même objectif simple : faire adopter l'abstinence pour les drogues illicites et une certaine « modération » pour les drogues légales (alcool, tabac, médicaments). La notion de modération posera quelque peu problème et sa définition va évoluer dans le temps. En revanche, l'abstinence, objectif plus simple à comprendre, semble faire consensus pour « éradiquer » les drogues illicites.

Mais, comme l'explique le Canadien Ken Low, l'un des tout premiers analystes critiques de la prévention, ces « *apprentissages conventionnels* » sont en réalité basés sur « *une politique de l'ignorance* ». « *L'apprentissage conventionnel des comportements sociaux,* dit-il, *est une technique rapide et aisée dont l'atout majeur est de disposer déjà de la bonne façon de faire.* […] *C'est grâce à [cet] apprentissage conventionnel, qui nous permet de mettre à profit l'expérience des autres, que notre civilisation a pu atteindre un tel niveau de complexité* » [32]. Toutefois, cette transmission de modèles simples de comportements acculturés fonctionne beaucoup moins bien face à des problèmes nouveaux en lien avec l'avancée de la société. Car si les « apprentissages conventionnels » permettent de reproduire des modèles, ils ne permettent pas d'acquérir le sens et les outils pour en concevoir de nouveaux et se les approprier. Ainsi, l'adoption de « comportements sains » vis-à-vis des psychotropes n'est pas aussi généralisée que souhaité, d'autant que ces « bons » comportements sont difficiles à déterminer pour tous et à tous moments de la vie, et que les comportements « à risque » se renouvellent (nouvelles drogues, nouveaux usages…).

C'est pourquoi les approches conventionnelles qui associent interdits et information sur les dangers sont en grande partie insuffisantes et inopérantes. Pourtant, curieusement, loin d'être complétées ou supplantées par de nouvelles, on assiste à leur renforcement et à leur élargissement aux substances légales. Alcool et tabac sont l'objet de restrictions d'accès croissantes et passent du statut de produits inoffensifs à celui de « drogues dures ».

Beaucoup d'énergies sont ainsi déployées pour faire admettre que les méfaits de ces produits sont majeurs et pour « débanaliser », « délégitimer » leur consommation. Avec quelques résultats non sans intérêt (comme la baisse récente de consommation de tabac), mais avec aussi beaucoup de déception : le nombre de buveurs excessifs ne diminue guère, les consommations massives chez les jeunes tendent au contraire à augmenter, le contrôle social très sévère envers le cannabis n'a pas empêché les niveaux de consommation d'augmenter, le nombre de grands dépendants du tabac ne se réduit pas, les mésusages de médicaments psychoactifs non plus…

Des approches nouvelles : éduquer, réduire les risques et accompagner

En marge des approches conventionnelles, d'autres ont vu le jour qui, sans avoir pu donner encore pleinement leur potentiel, apportent de nouvelles directions sans doute plus fécondes pour l'avenir de la prévention. Trois nouvelles stratégies sont ainsi apparues, basées sur des données scientifiquement valides mais peu ou pas valorisées par les politiques publiques : la promotion de la santé, la réduction des risques et l'éducation expérientielle.

La promotion de la santé vise, au-delà de la valorisation de comportements favorables à la santé, à renforcer les compétences individuelles (estime de soi, compétences sociales, habiletés à la résolution des problèmes, alternatives à la consommation, gestion du stress,…), c'est-à-dire à influer positivement sur les facteurs de protection et de risques quant à l'attitude individuelle envers sa santé.

Pour *la réduction des risques*, l'objectif est en priorité de prévenir les dommages occasionnés par les consommations de substances psychoactives. Il ne s'agit pas de s'attaquer aux drogues ni à la consommation en soi, mais d'en maîtriser les effets nuisibles. Ses résultats ont été indiscutables pour diminuer les overdoses et pour enrayer considérablement l'épidémie de sida chez les usagers de drogues.

Ces deux stratégies contribuent à renforcer les compétences des individus pour diminuer l'« appétence » et pour favoriser des consommations plus réfléchies et mieux gérées par les usagers eux-mêmes[2].

2. « *Une prévention élargie comprenant la protection de la santé, la promotion de la santé et la détection précoce est le moyen d'éviter les conséquences néfastes de la consommation sur les plans sanitaire et social. Jeunes et adultes doivent posséder les connaissances nécessaires pour vivre sans consommer ou sans avoir une consommation problématique.* » Telle est l'une des conclusions du récent rapport de la Commission fédérale suisse sur les problèmes liés aux drogues [16].

Mais elles se confrontent néanmoins à des limites. La logique qu'elles poursuivent de responsabiliser les usagers sans chercher *a priori* à définir et contrôler leur comportement s'avère difficilement compatible avec l'approche conventionnelle. Cela explique probablement pourquoi ces deux approches, pourtant bien accueillies par les populations, ne trouvent que peu de crédit dans les politiques publiques. La promotion de la santé est reléguée dans la prévention primaire, et la réduction des risques dans des services spéciaux tolérés par compassion envers les usagers de drogues pour « limiter la casse ». Il est en effet difficile de vouloir à la fois, d'un côté faire la « guerre à la drogue » (ce qui, peu ou prou, conduit à faire la guerre aux « drogués ») et imposer des normes qui est une politique basée, on l'a vu, en grande partie sur l'ignorance, et, d'un autre côté, vouloir que les personnes apprennent des attitudes favorables à leur santé même si elles consomment des drogues et parfois « en excès ». Cette seconde hypothèse suppose en effet de ne pas considérer les usagers comme fautifs, mais capables de faire bon usage de toutes les informations, tant sur les risques que sur les bienfaits que l'on peut trouver dans les drogues. Mais sommes-nous tous « capables » d'une telle maîtrise ?

Une autre approche, moins connue que les précédentes, devrait permettre de dépasser ce hiatus. Il s'agit de la mise en évidence de ce que des auteurs anglo-saxons ont appelé le « self-change » et qui démontre que, dans la mesure où l'on en crée les conditions, la grande majorité des personnes adaptent d'elles-mêmes leur consommation pour trouver du bien être et réduire les risques. Elle intègre aussi le fait qu'aucun type de comportement idéal ne peut être défini et imposé à tous les individus et à tous les moments de sa vie. La question est donc en grande partie individuelle et repose sur l'expérience propre de la personne afin de l'aider à utiliser au mieux ses ressources. Mais la réflexion sur cette expérience et sur les décisions à prendre pour en changer éventuellement ne vient pas toujours de soi ; une *éducation expérientielle* est en conséquence à développer et nécessite des conditions pour se réaliser. Conditions qui permettent la rencontre, le respect de la vie d'autrui, le dialogue et la recherche de solutions à d'éventuels problèmes, bref, *un accompagnement*. C'est sur cette logique que s'appuient des programmes nouveaux tels que ceux d'intervention précoce qui s'intéressent aux situations où apparaissent des usages « excessifs » et « à risque ». Les personnes en grave difficulté avec leur consommation peuvent ainsi être « repérées » plus précocement et trouver les soins adaptés pour réaliser les changements nécessaires. Mais cela doit également se faire en tenant compte de l'expérience propre du sujet et dans un accompagnement. L'éducation à la santé, la réduction des risques induits et la gestion de l'expérience font aussi partie des soins. Les programmes d'« éducation thérapeutique » devraient aller également dans ce sens.

Il ne s'agit donc en aucune manière d'opposer les différentes approches (par exemple, le contrôle et l'éducation, l'un ayant besoin de l'autre et réciproquement), mais de les rendre complémentaires afin de les adapter aux réalités d'aujourd'hui.

Le risque addictif et la modernité

La société de ce XXIe siècle n'a plus grand-chose à voir avec celle d'il y a trente ou quarante ans, et la place des substances psychoactives est devenue tout autre : elles sont aujourd'hui des assistants possibles dans tous les domaines et à tous les instants de nos vies.

Nous avons d'ailleurs découvert que les substances psychoactives sont en réalité des instruments nous permettant d'agir sur les substances endogènes de notre organisme, ces neuro-hormones et autres ligants et médiateurs qui inscrivent dans la physiologie de notre cerveau notre propre relation au monde. Ces substances nous permettent ainsi d'intervenir dans l'intimité de nos émotions et de nos perceptions. Peut-on rêver mieux ?

De nombreux sociologues et anthropologues ont analysé de façon convergente les mouvements de nos modes de vie, de nos représentations et de ce qui anime nos comportements comme nos systèmes économiques, sociaux et politiques.

En premier lieu, il apparaît que *l'individu* — aussi souverain qu'incertain — a pris une place sans précédent dans nos façons de penser le monde et nos existences.

Nul ne peut en effet nier « *la montée des valeurs qui favorisent le droit à réaliser les besoins de l'expérience de soi* », comme l'a écrit Helmut Klages [29]. Cette société nous permet et nous enjoint même d'être « *le constructeur flexible de sa propre vie* », le plasticien de son existence, du vécu des événements rencontrés et de ses émotions. Ce faisant, en passant de valeurs comme « une vie de famille heureuse » à celles de « l'épanouissement de l'individualité », des tensions nouvelles apparaissent entre l'individu et l'éthique sociale, les libertés nouvelles créent des incertitudes nouvelles, et les contraintes sociales et économiques qui font obstacle à cette autodétermination provoquent des tensions pour les individus, dans les familles et dans les groupes sociaux les moins favorisés.

Pris dans de tels mouvements de l'histoire, nous manquons de certitudes et nos croyances sont éphémères, aussi sommes-nous en recherche de *nouvelles régulations*, de nouveaux liens entre nous et de maîtrise face à l'immense diversification et la puissance de nos moyens pour modifier, modeler notre vécu, notre expérience.

C'est le deuxième élément marquant de notre évolution culturelle et de nos comportements modernes : puissance, intensité, performance, vitesse et immédiateté sont les caractéristiques principales des comportements les plus valorisés. Nos modes de vie sont en ce sens « *maximalistes* », et à tel point que, comme le « drogué », nous puisons sans compter dans nos ressources et

que, face au danger que représente la poursuite de cette « fuite en avant » pour la planète, nous préférons fermer les yeux et croire que nous trouverons une issue sans rien changer à nos façons de vivre…

Le *risque psychotrope* est une illustration du risque de la modernité : celle-ci ne fait qu'accroître l'accessibilité rapide à un nombre grandissant d'objets et de techniques dont les avantages et les inconvénients sont sans cesse plus prononcés… Ainsi, l'addiction est un produit de la pression sociale qui s'exerce sur le sujet moderne. Parmi ces pressions du social, celle qui concerne l'idéal de bonheur et d'indépendance individuelle joue probablement un rôle puissant : plus il y a une valorisation du sujet autonome et sans dépendance, plus celui-ci recherche des substituts de liens sociaux et plus on « pathologise » toutes les formes de dépendances.

Cela ne retire rien à la réalité de ces souffrances. Mais cela démonte à l'avance toute vision réductrice, en particulier biomédicale, de cette réalité. Car si le fonctionnement cérébral comporte un potentiel à entrer dans une compulsion (un « renforcement positif », disent les neurobiologistes), il possède aussi des freins et ses dysfonctionnements éventuels mettent du temps à s'installer et n'interviennent que comme un facteur secondaire.

Quelle conception de l'usager et de son « problème » d'addiction ?

Notre civilisation, nous le disions, est celle de l'individu : l'individu comme acteur du système politique, l'individu comme agent de consommation, l'individu comme concepteur et opérateur de sa propre vie (de son corps, de sa famille, de sa santé, de sa carrière, et même de sa mort…). Remarquons bien sûr que la liberté de l'individu dans ces trois domaines essentiels est toute relative. Ce qui indique que l'affirmation d'un individu libre est un principe fondamental qui a valeur de sens, de paradigme organisateur des représentations, mais qui ne fait pas pour autant disparaître le besoin de cadres collectifs, d'aspirations communes et de normes. Ajoutons aussi que les valeurs d'autodétermination priment sur celles de conformité à « la masse » jusqu'à la limite où l'autodétermination et les comportements individuels peuvent porter atteinte à l'autre ou aller à l'encontre les intérêts collectifs.

Quoi qu'il en soit, cette primauté de l'individu a plusieurs conséquences capitales. La première est que le sujet doit rechercher son bien-être en fonction de lui-même et non d'un principe collectif, contrairement à ce que font généralement les membres d'une communauté fondée sur des principes de vie énoncés de l'extérieur. Et il le fait en « consommant » ce qui peut lui procurer du bien-être ou amplifier celui qu'il trouve, car la libre consommation est une autre valeur essentielle de notre système collectif. Cette démarche, dans notre société en tout cas, n'est en rien « antisociale ». Au contraire, elle est en pleine conformité avec les valeurs de la modernité. Or c'est exactement celle qui préside à l'usage de substances psychotropes (comme à l'adoption de comportements déclencheurs d'expériences intenses).

Cela signifie que des politiques envers les drogues seront en porte à faux tant qu'elles se donneront comme objectif essentiel le contrôle des comportements des individus. Elles sont d'ailleurs toutes portées, en réalité, vers une autre logique, même avec les drogues réputées les plus « dures » : « si vous y touchez, faites-le en tenant compte des dangers ». Le « si » ouvre un espace de compromis, un espace de liberté. Ce n'est pas une question d'idéologie, c'est une simple question de cohérence avec ce qui fonde notre vie ensemble, aujourd'hui dans ce monde, ou en tout cas sa partie acquise à la démocratie.

Voilà le paradoxe qui est certainement à l'origine d'un grave malentendu, en particulier avec les jeunes : *la consommation de substances psychoactives répond à une recherche de bien-être*, et n'est pas un « mal » en soi. C'est une conduite sociale qui est en grande partie adaptative : elle aide ou donne l'illusion d'aider à vivre dans la société telle qu'elle est. L'addiction pathologique, celle qui plonge le sujet dans la souffrance, les complications et dans l'impuissance pour en sortir, n'est que l'échec de cette démarche. Il existe donc un espace d'expérience à borner, à maîtriser et à limiter, mais qui ne saurait être réduit à néant. Cela rend la consommation de substances psychoactives inassimilable à des actes contre lesquels la « tolérance zéro » est la seule attitude sociale légitime. Cela ne permet pas non plus de réduire la question des addictions à un problème de santé, encore moins à un problème médical, ni de laisser les individus « se débrouiller » avec cette question qui traverse de toute façon leur existence. S'il n'est pas question de minimiser les dommages que peuvent occasionner ces usages, il nous faut admettre que ces conduites s'inscrivent dans des modes de vie et qu'elles ne sont aucunement réductibles à des actes purement nuisibles (pour soi ou pour autrui), sauf à les amputer d'une part essentielle de leur motivation et de leur signification.

C'est sans doute cela que Jean-François Toussaint a résumé dans son rapport sur la prévention en écrivant qu'elle vise à « *donner à chacun les moyens de participer activement à son propre équilibre* » [58].

Les principes généraux de l'intervention préventive

La culture commune en prévention ne s'arrête pas à des définitions et à des positions éthiques. L'expérience accumulée apporte aussi des savoirs sur ce qui crée ou pas des conditions d'évolution des comportements. L'Office of National Drug Control Policy aux États-Unis a adopté il y a quelques années une position proche de celle de l'Evidence Based Medecine (EBM) qui part du principe que ce qui est efficace est avant tout ce qui a fait preuve de ses résultats. La traduction exacte est la prévention « basée sur la preuve » (et non sur les évi-

dences…). Dans cette logique, les organismes officiels américains en charge de la politique des drogues ont produit 15 principes [34].

En résumé, ces principes d'une prévention « basée sur la preuve », au-delà de ses terminologies parfois simplistes pour un lecteur de culture latine (en tout cas français) et du fait que ces données proviennent pratiquement toujours de pays anglo-saxons (ce qui ne garantit pas leur totale applicabilité dans toute autre culture), confirment bon nombre de conclusions fournies par la plupart des méta-analyses réalisées en Amérique du Nord ou en Europe depuis une ou deux décennies. Il en ressort le peu d'effet de mesures ponctuelles de type « vaccination » (comme les conférences aux élèves) et d'interventions centrées uniquement sur les dangers des produits. En revanche, des critères de meilleure efficacité sont soulignés :

- les interventions répétées se centrant sur les compétences de vie, et animées par des professionnels dûment formés et/ou des pairs également formés,
- des programmes qui ciblent les comportements de consommation de façon globale, qui proposent des regards variés et des pédagogies participatives et qui sont sous-tendus par un modèle théorique cohérent,
- des actions qui prennent en compte le contexte économique, social et culturel et qui mobilisent les ressources de la personne elle-même.

Des principes que nous retrouvons pour l'essentiel dans le rapport Toussaint déjà cité, qui souligne notamment que « *l'action de prévention ne saurait être ponctuelle ; elle doit être continue* » et que « *l'acteur principal de la prévention est le citoyen* ». On peut espérer que les groupements régionaux de santé publique (GRSP), qui sont chargés aujourd'hui du financement et de l'évaluation de la plupart des actions de prévention « de terrain », aident les porteurs de projet à respecter ces principes. Les collectivités locales ont également sur ce point un rôle important à jouer. On peut espérer aussi que l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) s'attache à réaliser, sur ces mêmes principes, des articulations entre les campagnes nationales qu'il lance et ces actions partant de préoccupations et de ressources locales.

Les différents niveaux d'intervention préventive

Outre son manque d'objectifs partagés, la prévention des conduites addictives dans notre pays manque d'une organisation claire et de moyens. Pour tenter de remédier à cette déficience, les auteurs d'un autre rapport récent, intitulé *Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions* [50], ont suggéré d'organiser la prévention selon quatre niveaux et axes stratégiques.

❶ Dans la mesure où il existe une continuité entre les consommations « banales » et les consommations « problématiques » déterminant des complications, diminuer globalement les niveaux de consommation est un objectif pertinent de prévention. Cela passe par la baisse globale de la demande et de l'offre. C'est le rôle de la « *prévention universelle* » (les campagnes générales d'information), et des mesures de réglementation et de « *contrôle social* » (contrôles au volant, réglementations de l'accès aux produits, taxation, etc.). Mais il serait illusoire de croire que cette diminution des niveaux moyens de consommation puisse aller jusqu'à une abstinence généralisée ou aboutir à l'absence de prise de risques et à la disparition des complications.

❷ Les usages de substances psychoactives, même s'ils comportent des risques, correspondent en effet à une recherche de bien-être et s'inscrivent dans des modes de vie, des contextes culturels et communautaires. Il convient en conséquence de développer les capacités de choix et de réflexion de chacun. Cette responsabilisation est le rôle de « *l'éducation pour la santé et la citoyenneté* » et de l'« *éducation expérientielle* » qui sont à promouvoir au moyen d'une « *prévention de proximité* ».

❸ Les problèmes liés aux usages de substances psychoactives, que ce soit la dépendance ou d'autres types de complications, sont étroitement liés aux modes de consommation que les usagers sont les premiers à pouvoir changer eux-mêmes. Le troisième axe stratégique devrait donc viser à accroître les capacités d'auto-changement et à diminuer les conséquences nocives des consommations. C'est un des rôles de l'« *intervention précoce* » en début de consommation et c'est celui de la « *réduction des risques* » aux stades de l'addiction.

❹ Les complications et les dépendances provoquent des souffrances physiques, psychiques et sociales qui nécessitent des traitements souvent longs et parfois contraignants, difficiles souvent à maintenir. Il faut donc que la prévention à ce stade s'intègre aux soins pour diminuer les risques de rechute et augmenter les durées de rétablissement. C'est le rôle de l'« *éducation thérapeutique* » associée aux soins.

Ces quatre axes stratégiques se complètent et n'ont d'efficacité que coordonnés et conduits dans la durée.

Des objectifs ou des secteurs plus spécifiques devraient être mis en priorité pour appliquer ces différentes stratégies : notamment la prévention vers les adolescents, la prévention routière, la prévention en milieu de travail et la prévention de l'exposition prénatale auprès des femmes enceintes.

Force est de constater qu'en France (mais aussi dans nombre de pays), seul le premier niveau est privilégié et qu'aucune instance publique nationale de coordination n'existe à ce jour.

Conclusion

La plupart des individus consomment des substances psychoactives, et le font pour se procurer du plaisir et du soulagement. Ils agrémentent ainsi leur vie de tous les jours sans éprouver, le plus souvent, de problème avec cette consommation.

Grèvent-ils leur capital santé ? Certains, c'est un fait indéniable, mais pas dans tous les cas. Prennent-ils des risques ? Certains plus que d'autres, et à certains moments de leur vie plus qu'à d'autres. Comme pour toute conduite à risque, le problème n'est pas le risque, mais le moment où il devient excessif, non maîtrisé. Les usagers doivent être avertis de ces risques et éventuellement aidés afin de se protéger des problèmes qui pourraient survenir. Pour certains, la meilleure façon de se protéger sera de rester abstinents, pour d'autres cela passera par une consommation mieux contrôlée ou « modérée ». D'autres encore ne voudront pas diminuer les risques qu'ils prennent, soit qu'ils jugent ne pas en avoir les ressources, soit qu'ils tirent du mieux-être de leur mode de vie et qu'ils n'envisagent pas d'en changer. Vis-à-vis de ceux-ci, la société a la responsabilité de leur proposer une aide pour réduire les méfaits et éventuellement pour rechercher des solutions alternatives avec eux. Elle doit, en tout état de cause, établir les règles empêchant de mettre en danger autrui, comme pour la conduite automobile, et protégeant les plus vulnérables, comme pour les mineurs.

L'existence d'une consommation inscrite dans la vie des gens et leur apportant des satisfactions plus que des inconvénients est un fait. Prendre en compte cette réalité et le sens de ces pratiques ne signifie pas vouloir en minimiser les risques. Pourtant on n'en trouve aucune trace dans les stratégies traditionnelles de la prévention focalisées qu'elles sont sur le seul versant du danger nous menaçant.

Une prévention est à inventer qui saura aborder les expériences vécues avec les substances psychoactives dès les stades précoces, dans leur globalité, tenant compte à la fois de leurs dimensions de plaisir et de satisfaction comme de déplaisir et de souffrance, et des relations entre les deux. Et une prévention qui respecte un fondement de notre vie en société : la liberté de choix de chacun de décider de sa façon de vivre. C'est dans cette liberté que la prévention trouvera toute sa légitimité et toute sa force.

Les acteurs de proximité de la prévention des addictions

Un champ peu structuré et des acteurs multiples

Le champ des acteurs de la prévention des addictions, à l'image de celui de la prévention en général, est peu structuré et difficile à délimiter. On trouve au niveau local de nombreuses structures associatives aux ressources précaires, certaines spécialisées en addictologie, d'autres généralistes en éducation pour la santé, d'autres encore travaillant auprès des jeunes.

Les raisons de cette diversité et de ce manque de cohérence sont multiples. Elles tiennent aux statuts différents des substances psychoactives, que ce soit au plan réglementaire (les lois), social (les représentations) et économique. Elles tiennent aussi à une absence de cadrage par des politiques publiques. Elles tiennent enfin à la diversité des champs d'intervention concernés :

- éducation à la santé, citoyenneté, santé publique ;
- prévention de la délinquance et sécurité publique ;
- politique de la ville, etc..

Pour tenter de sortir de cette confusion, néfaste à l'objectif recherché, les pouvoirs publics ont élaboré différentes planifications ces dernières années :

- les priorités nationales énoncées dans les plans pluriannuels de la MILDT ;
- la mise en place de schémas territoriaux, avec des plans départementaux drogues et dépendances, des contrats urbains de cohésion sociale, et des priorités émises par les conférences régionales de santé.

Mais ces différentes tentatives de structuration visent rarement la prévention en tant que telle et manquent d'un pilotage national clair.

Les principaux territoires d'intervention des acteurs de prévention sont :

- le milieu scolaire ;
- l'entreprise ;
- la politique de la ville ;
- les territoires ruraux ;
- sans omettre toutes les initiatives quotidiennes de proximité mises en chantier à partir des sites locaux.

Selon les niveaux de prévention, différents types d'acteurs interviennent :

- Des associations nationales, comme l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (Anpaa) et ses comités départementaux et régionaux (*cf.* encadré 1) ou l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit) (*cf.* encadré 2) qui regroupent ou fédèrent de nombreux établissements médico-sociaux spécialisés en addictologie, et des services de prévention. Leur action préventive est double :
  - réalisation de programmes de prévention (appui technique/actions partenariales),
  - interventions précoces, à l'interface du soin et de la prévention.
- En éducation à la santé, les acteurs sont en particulier les comités départementaux d'éducation à la santé (Codes/Ades) qui développent des programmes

Merci pour leur collaboration à cette présentation à Michel Boulanger (Anit), Olivier Chazy (DGAS), Pascale Gayrard, Michel Massacret (Mildt), Joseph Osman (OFT), Alain Rigaud (Anpaa), Nicole Chaussin (Fnes)

de prévention sur différentes thématiques de santé, dont les addictions. Ces comités sont fédérés au plan régional et national (Fnes) (*cf*. encadré 3).

● D'autres acteurs de santé généralistes sont les services de promotion de la santé scolaire et universitaire, les services communaux d'hygiène et de santé, les services de promotion de la santé des caisses primaires d'assurance maladie, les mutuelles, les services de médecine du travail, les réseaux de médecins généralistes et de pharmaciens.

● De même, les acteurs sociaux, centres communaux d'action sociale, conseils de prévention de la délinquance, missions locales jeunes, points d'accueil et d'écoute jeunes (*cf*. encadré 4), prévention spécialisée, services de la protection judiciaire de la jeunesse… interviennent dans le champ de la prévention des addictions.

La plupart des actions sont réalisées avec une approche partenariale associant souvent des acteurs généralistes et des acteurs spécialisés vis-à-vis des conduites addictives.

● Les centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances (CIRDD) (*cf*. encadré 5) sont des organismes ressources apportant des soutiens, notamment documentaires et parfois méthodologiques aux acteurs de terrain.

● Les services nationaux d'accueil téléphonique et par Internet, tels Datis (*cf*. article B. Cohen) ou Fil santé jeunes, compte tenu de leur mode d'accès, sont des recours facilement accessibles individuellement de quelque endroit du territoire.

● La police et la gendarmerie possèdent des intervenants spécialisés qui mènent des actions auprès des jeunes en milieu scolaire et auprès de leurs adultes référents.

● Dans certains départements, des associations spécialisées, nées à l'initiative de professionnels, d'associations familiales, de mutuelles, d'étudiants, sont très actives et ont acquis une reconnaissance locale. Elles ne sont pas fédérées au plan national. D'autres, comme l'Office français de prévention du tabagisme, outre leur action nationale, ont des programmes d'intervention en entreprises (*cf*. encadré 6).

● Des associations nationales d'usagers, comme Alcooliques anonymes, Narcotiques anonymes, Croix d'or, Vie libre…, sont présentes sur le terrain, *via* leurs réseaux locaux.

● Enfin, d'autres associations s'intéressent aux addictions par le biais de la sécurité routière, comme la Prévention routière, la Ligue contre la violence routière, ou par le biais du cancer comme la Ligue contre le cancer, et différents centres anticancéreux locaux…

Bien que déjà très large, ce tableau des acteurs de prévention n'est sans doute pas exhaustif.

Cela témoigne de la richesse et de la vitalité, mais aussi de la précarité et de la complexité des dispositifs existants.

1 L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, les CRPA et les CDPA

L'Anpaa a trois missions principales :

● Une représentation « politique » et un fonctionnement institutionnel dans le champ de l'alcoologie et l'addictologie ;

● Une animation de son réseau composé de 11 délégations interrégionales et de 90 comités départementaux ;

● Une communication vers le grand public et les médias assurée par des actions d'information et des activités directes auprès des publics : manifestations, formations, matériels de prévention, etc.

Ses objectifs sont :

● Développer dans tous les milieux une stratégie globale de prévention des risques et des dommages liés à la consommation d'alcool et des autres substances psychoactives de plus en plus souvent associées à l'alcoolisation.

● Promouvoir la formation de groupes relais dans tous les milieux afin de permettre à chacun de s'approprier la démarche préventive.

● Réduire les risques d'inadaptation sociale inhérents aux phénomènes d'alcoolisation, chez les jeunes comme chez les adultes.

● Favoriser l'accès aux soins, au suivi thérapeutique et à la réinsertion pour toute personne en difficulté avec l'alcool.

● Créer les conditions juridiques et socio-économiques favorisant pour chacun l'autonomie, les possibilités d'expression et d'épanouissement grâce à une meilleure qualité de vie et de respect de l'individu.

● Jouer un rôle promoteur et novateur en alcoologie et en addictologie.

Ses actions :

● Une prévention interactive pour tout public.

● La formation des relais professionnels : médecins et professionnels de santé, travailleurs sociaux, éducateurs, etc.

Des actions ciblées : sécurité routière, entreprises, lieux de loisirs, programme « Boire moins, c'est mieux » de prévention secondaire pour le repérage précoce et intervention brève (RPIB)…

● Un accompagnement des personnes : CCAA, tabacologie, CSST et CAARUD ;

● Des partenariats ;

● Des actions en justice ;

● Des interventions auprès des décideurs publics…

Dans chaque département, l'Anpaa dispose d'un comité Anpaa (CDPA), bien souvent gestionnaire d'un ou de plusieurs centres de cure ambulatoire en alcoologie.

Chaque comité Anpaa est administré par une commission exécutive, qui élit un bureau départemental. Les membres de la commission exécutive (12 au maximum) sont élus par les adhérents résidant dans le département réunis en assemblée plénière. Dans chaque région administrative a été mis en place un conseil régional regroupant les comités Anpaa de la région (CRPA), dont le secrétariat général est assuré par le délégué régional (qui couvre plusieurs régions administratives) représentant le directeur national.

http://www.anpaa.asso.fr

2 L'Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit)

L'Anit regroupe la grande majorité des intervenants et des structures en toxicomanie : centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud), services de prévention.

La prévention des conduites addictives est une priorité pour l'Anit. Une commission permanente regroupe une dizaine d'administrateurs et formule des propositions au conseil d'administration, qui sont relayées par les unions régionales. Les travaux de l'Anit dans ce champ sont nombreux :

- formations sur la prévention (Ufanit),
- colloques,
- études (avec la Délégation interministérielle à la ville sur « Les consommations de substances psychoactives et les problématiques urbaines », 2001),
- enquêtes auprès des adhérents, élaboration d'un dossier sur « La prévention des conduites addictives » (2005), d'une charte Prévention (2006).

Sans oublier les nombreuses actions quotidiennes menées par les adhérents, dans la proximité[1].

La priorité de l'Anit est de militer pour un statut de la prévention. La reconnaissance de ce statut implique d'élaborer une démarche qualité en prévention et de définir une programmation pluriannuelle des actions, permettant à des équipes professionnalisées de travailler dans la durée, temps de la prévention. Pour atteindre cet objectif, l'Anit œuvre auprès des services de l'État, dans une mobilisation commune avec des grandes associations nationales comme l'Anpaa et la Fnes.

1. La plupart de ces travaux sont disponibles sur www.anit.asso.fr ou auprès du siège (9 passage Gatbois, 75012 Paris).

3 La Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé : réseau des Cres et Codes

La Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes) rassemble 110 comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé, structures associatives travaillant en réseau et ayant notamment en commun :

- L'approche « généraliste » de la santé. La Fnes s'intéresse à la santé considérée comme un tout, ce qui n'exclut pas des approches thématiques (par exemple, maladies cardio-vasculaires, addictions, santé des personnes âgées, sécurité routière, etc.) ;
- L'approche « globale » de la santé ne dissociant pas santé physique et santé mentale, considérant l'ensemble des déterminants de la santé, intégrant la prévention des maladies et la promotion du développement harmonieux et du bien-être des personnes et des groupes ;
- L'approche de santé publique qui concerne tous les secteurs de l'activité sociale, dont le système de soins dans ses dimensions à la fois curative et préventive ;
- La référence au concept de la promotion de la santé tel que défini par la charte d'Ottawa.

Le réseau des comités d'éducation pour la santé accompagne la mise en œuvre d'une politique d'éducation et de promotion de la santé adaptée aux milieux de vie et aux thématiques spécifiques.

Il s'inscrit dans la totalité du territoire français. Il est un véritable appui, en matière de promotion et d'éducation pour la santé, aux professionnels sociaux, médicaux, sanitaires et éducatifs. Il développe des actions en direction de publics très variés : jeunes, personnes âgées, personnes en situation de précarité, salariés en entreprise…

Les activités développées par le réseau des comités au plus proche des professionnels et des populations visent à :

- Participer à la définition des politiques de santé publique ;
- Contribuer à la coordination, l'animation, la concertation et la communication des projets et des politiques de santé publique ;
- Développer des programmes en réponse aux priorités de santé locales, départementales et régionales ;
- Développer la recherche, l'expertise et l'enseignement en éducation pour la santé ;
- Proposer un accompagnement méthodologique aux porteurs de projets ;
- Diffuser et actualiser les ressources documentaires ;
- Amplifier localement les programmes nationaux.

La Fnes en quelques chiffres

- Près de 800 professionnels salariés d'origines variées (sciences humaines, médecine, santé publique, économie, communication…).
- Plus de 2 000 administrateurs bénévoles de tous les secteurs de la société civile.
- 21 Cres : comités régionaux.
- 89 Codes : comités départementaux.

Immeuble Étoile—Pleyel
42 boulevard de la Libération
93200 Saint-Denis
Tél. 01 42 43 77 23
http://www.fnes.fr

4 Les points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ)

Il s'agit de structures de prévention de proximité créées en subsidiarité et en renfort des offres de droit commun existantes, ciblant les adolescents et les jeunes adultes en situation de mal-être ou de prise de risque (prévention primo-secondaire), ou en situation de rupture ou de dépendance (prévention tertiaire). Elles peuvent également s'adresser au tout-venant des jeunes (prévention primaire).

Ces structures, au nombre de 286, accueillent, aujourd'hui environ 80 000 jeunes et 40 000 parents.

Elles organisent une offre d'écoute, de soutien, d'orientation et de médiation dans des conditions particulièrement adaptées au profil du public (inconditionnalité, gratuité, confidentialité, accueil chaleureux et sans rendez-vous, accueil individuel et en groupe).

Elles exercent leur mission en réseau, prenant appui sur des antennes de proximité permettant d'aller à la rencontre des jeunes des secteurs

péri-urbains et ruraux qui souffrent particulièrement d'un manque de réponse.

Leur activité est définie par deux circulaires du 12 mars 2002 du ministère de l'Emploi et de la Solidarité et du 6 janvier 2005 du ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale,

Il existe également une trentaine d'espaces santé jeunes qui répondent à une définition proche.

Les usagers des PAEJ sont massivement consommateurs de produits psychoactifs et la mission des PAEJ comporte une sensibilisation aux risques associés et une orientation vers les structures de soins.

Les PAEJ sont amenés à travailler avec l'ensemble des acteurs œuvrant auprès d'adolescents et de jeunes adultes (collèges et lycées, missions locales, clubs de prévention, services sociaux, hôpitaux, secteurs pédopsychiatriques, maisons de l'adolescent, REAPP...)

Ils sont placés sous l'autorité conjointe des préfets (Ddass) et des conseils généraux, en raison de leur approche généraliste et transversale.

Les professionnels des PAEJ forment des équipes pluridisciplinaires comportant principalement des psychologues et des travailleurs sociaux.

L'État a accordé, en 2007, 10,7 millions d'euros à ce dispositif, soit un coût moyen de 35 860 euros par structure, les conseils généraux et les villes contribuant pour un tiers au financement.

5 Les centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances (CIRDD)

Refondés dans le cadre du Plan gouvernemental 2004-2008, des centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances se constituent progressivement depuis janvier 2005. Le nouveau maillage territorial du dispositif vise à faire de ces CIRDD de seconde génération, implantés dans des capitales régionales et à proximité de pôles universitaires et de recherche, les maillons d'un réseau national de haut niveau piloté selon les principes de l'interministérialité et de la prise en compte de la dimension régionale. Ouverts aux institutionnels (services déconcentrés de l'État, collectivités locales) et aux professionnels spécialisés (universitaires, chercheurs, personnels des services déconcentrés de l'État, étudiants de 3e cycle...), ces CIRDD se positionnent comme outil au service des chefs de projets départementaux, des acteurs de la politique publique de lutte contre la drogue, des professionnels de la prévention, de la lutte contre le trafic, de l'application de la loi et de la prise en charge sanitaire. Pour remplir cette mission d'appui et d'aide aux choix politiques, les CIRDD sont organisés autour de trois fonctions :

- Documentation et information : l'objectif est de mettre à disposition, sous forme de synthèses, des données actualisées et validées sur les réalités locales, les institutions publiques, la littérature européenne. Les CIRDD développent des fonds spécialisés garantissant un haut niveau de documentation répondant aux orientations des politiques publiques. La structuration en réseau de l'ensemble des CIRDD et son pilotage au niveau national par la MILDT facilitent la mutualisation des ressources et le développement de services communs.
- L'observation, en prenant appui sur les relevés opérés par les échelons statistiques territoriaux des différents ministères (Éducation, Jeunesse et Sports, Ville, Santé, Justice, Intérieur, Défense nationale, Budget, Affaires étrangères), a pour objet de permettre de porter un diagnostic régional et départemental partagé et de donner de la visibilité à la politique de prévention conduite, à l'identification des structures spécialisées en charge de conseiller, d'accueillir, de soigner, à la réalité de l'offre, de la consommation, du trafic au sein du territoire.
- Le conseil méthodologique, articulé à des dispositifs connexes telles notamment la prévention de la délinquance, la promotion d'actions en direction des publics scolarisés, des étudiants, des jeunes en milieu de loisirs, vise à la professionnalisation des acteurs intervenant sur ces champs. Il apporte, en lien avec la documentation et l'information qui le nourrissent, expertise et soutien aux actions de formation, d'analyse d'outils de prévention, d'évaluation de l'impact des programmes proposés. De par cette fonction, les CIRDD peuvent aider à la réalisation d'un plan régional de formation pour les intervenants, professionnels et bénévoles, de la lutte contre les drogues et les dépendances.

http://www.drogues.gouv.fr

6 L'Office français de prévention du tabagisme (OFT)

Depuis 1999, l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) assure une mission d'intérêt général en collaboration avec les autres acteurs de la lutte contre le tabagisme.

Son but : construire un environnement sans fumée.

Sa vocation : promouvoir la prévention et l'aide à l'arrêt du tabac.

L'OFT intervient dans les entreprises et les établissements publics, à la demande des directions et des services de santé au travail, pour aider les fumeurs à comprendre les raisons de leurs dépendances, susciter leur motivation à l'arrêt du tabac et les accompagner aussi loin que possible dans leurs démarches pour se défaire de leurs habitudes tabagiques. L'OFT associe toujours les non-fumeurs à ses actions au sein de l'entreprise. Pour faciliter la prise en charge des fumeurs, l'association gère un annuaire national des consultations de tabacologie, qu'elle met à jour en ligne, et dont elle édite une version papier chaque année.

Ses programmes d'intervention dans les entreprises sont assurés par des professionnels du sevrage tabagique, médecins tabacologues ou psychologues tabacologues qui utilisent les outils de prévention validés par les autorités de santé, dont l'efficacité a été reconnue pour la sensibilisation et l'aide à l'arrêt du tabac.

66 boulevard Saint-Michel
75006 Paris
Tél. 01 43 25 19 65
Fax 01 43 25 18 27
http://www.oft-asso.fr