

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 addic-

tions. 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, secrète 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<sup>1</sup>, 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-

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.

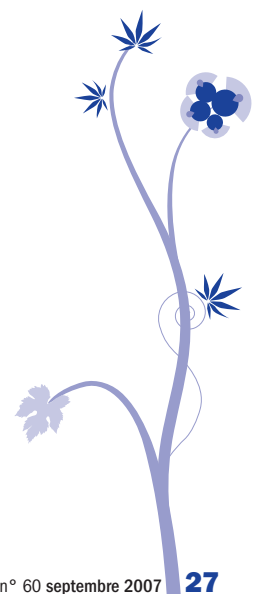
Pourquoi cette absence de cohérence ?

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 xx<sup>e</sup> 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 influencer 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<sup>2</sup>.

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 XXI<sup>e</sup> 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 ligands 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 ?

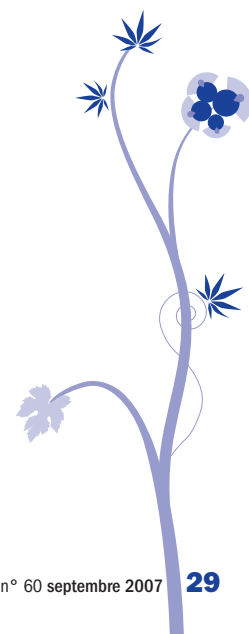
De nombreux sociologues et anthropologues ont analysé de façon convergente les mouvements de nos modes de vie, de nos représentations et de ce qui anime nos comportements comme nos systèmes économiques, sociaux et politiques.

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 des 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 Medicine (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.

① 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.

② 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* ».

③ 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.

④ 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.

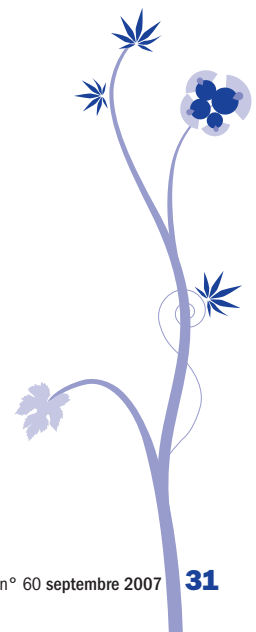
Ces quatre axes stratégiques se complètent et n'ont d'efficacité que coordonnés et conduits dans la durée.

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 Gayraud,  
Michel Massacret (Mildt),  
Joseph Osman (OFT),  
Alain Rigaud (Anpaa),  
Nicole Chaussin (Fnes)