

Questions actuelles

Des problèmes restent à résoudre si l'on veut avancer en prévention des addictions : comment prendre en compte et agir sur les contextes sociaux des populations précarisées et vulnérables ? Comment mieux connaître et prendre en charge les phénomènes de passage d'une addiction à l'autre ? Enfin, il est nécessaire d'organiser un dispositif territorial de prévention financé, qui s'appuie sur des stratégies et des outils validés.

Prévention des conduites à risques et question sociale

Santiago Serrano
Responsable de
la Mission de
prévention des
conduites à risques,
Conseil général de
Seine-Saint-Denis

La mise en évidence des dimensions sociales des conduites à risques a permis de dépasser les points de vue déterministes qui tendent à dévaloriser les personnes vivant dans les cités populaires et à les rendre totalement responsables de leurs difficultés. Le débat récent autour de l'expertise collective de l'Inserm sur les troubles des conduites des enfants et des adolescents a pointé l'importance d'une telle clarification : l'incrimination des plus fragiles et des plus démunis, désignés comme auteurs de troubles, ainsi que la volonté de détection précoce des « germes » de déviance ne comportent aucun fondement scientifique et risquent de produire des effets inverses à ceux qui sont recherchés (stigmatisation, fixation, exacerbation). Ce qui importe, pour les acteurs de prévention, c'est de pouvoir disposer d'une meilleure compréhension des conditions sociales qui favorisent le développement de ces problèmes.

La dissuasion (ne parler que des dangers, brandir des menaces, réaffirmer les interdits) a une efficacité très faible dans la prévention des addictions et des comportements extrêmes. Il importe également de ne pas alimenter les visions simplistes d'élimination de

tous les risques du monde social (contrôle et répression systématiques, hygiénisme), qui tendent, de plus, à faire porter la responsabilité de ces conduites aux seuls individus vulnérables. Une autre vision des conduites à risques permet de les prévenir efficacement. Il s'agit d'approcher les processus à la base de la production des vulnérabilités et d'engager des actions pour les compenser ou les infléchir.

Pour mieux appréhender les fonctions sociales des conduites à risques et ces voies d'action préventive, nous avons mis en résonance les différents facteurs qui contribuent à la fabrication sociale des conduites à risques.

Significations et fonctions sociales des conduites à risques

La notion de « conduite à risques » désigne au départ des pratiques répétitives conduisant des personnes à se mettre en danger, sur les plans physique, psychologique ou social. Ces comportements peuvent traduire des tensions intimes, des difficultés d'éducation, de socialisation et d'insertion socio-économique, ou encore des conflits de genre, d'identité culturelle ou familiale.

Dans une société où la précarisation augmente, les vulnérabilités se trouvent au cœur de l'expérience de personnes de plus en plus nombreuses et diverses. Si les fragilités personnelles du preneur de risques jouent un rôle évident, la dimension collective de certains comportements suppose d'approfondir leur analyse.

Trois sphères de vulnérabilité tendent à se croiser et à s'articuler dans les parcours de vie des personnes développant des conduites à risques¹.

- La première renvoie à des logiques de fragilisation sociale : la déscolarisation, l'isolement, la précarisation des conditions de vie contribuent au développement de la marginalisation, de l'errance, et à l'engagement dans des activités illicites (économie souterraine, violences collectives, délits divers...). Ces vulnérabilités sociales vont de plus en plus souvent de pair avec le sentiment de colère et d'injustice. Cela explique en partie (sans l'excuser) que certains retournent l'hostilité et la violence ressenties vers l'extérieur. Des modes de socialisation décalée peuvent alors se développer au sein de cercles de relations considérés comme « déviants ».

Sur cet axe qui relève de l'expérience sociale des personnes, de leur confrontation au monde qui les entoure, prendre des drogues et des risques au regard de la légalité permet de lever les inhibitions, de s'amuser, de stimuler les capacités communicationnelles et sensorielles. Les transgressions et la participation à l'économie souterraine donnent le sentiment d'accéder à la consommation et à la reconnaissance. Elles contribuent également à briser l'ennui, la routine, et à rechercher des mises à l'épreuve valorisantes. Les prises de risques se voient alors attribuer la fonction de redonner du sens à des parcours ensevelis dans un quotidien monotone et sans horizon [2].

La plupart des personnes régulent globalement. Même lorsque la culture des groupes est tournée vers la recherche d'expériences et de transgressions, la prise de risques peut valoriser la maîtrise de soi, la rationalité, les liens de confiance et l'équilibre psychique. Mais les mises en danger compulsives tendent aussi à détruire la réputation des jeunes et des familles ; c'est pourquoi la plupart se cantonnent à des prises de risques « acceptables ». Ils modèrent leurs consommations, maîtrisent les rapports sociaux et développent des stratégies d'évitement des situations les plus dangereuses. S'ils peuvent compter sur des ancrages relationnels et affectifs, ils apprennent à réguler, par essais et erreurs, leurs prises de risques. D'autres, à l'opposé, peuvent devenir, dans certaines circonstances, très destructeurs ou autodestructeurs, avec des logiques d'exacerbation des délits et/ou des « défonces » produisant des effets de précarisation en boucle. Lorsque ces appels ne sont pas entendus et que les régulations sociales font défaut, addictions, violences, errances, etc., peuvent devenir des souffrances centrales dans l'orientation de leur vie.

1. La reconstitution des biographies et des trajectoires des personnes engagées dans ces conduites permet d'identifier ces contextes et facteurs de production.

À d'autres âges et dans d'autres contextes sociaux, les prises de risques pourront viser à sortir de situations vécues comme insupportables (isolement, discrimination, harcèlement, exclusion, violences, chômage...), quand les individus ont le sentiment de ne pas être en état d'agir, de ne pouvoir compter sur personne ou de ne pouvoir accéder à aucune ressource (écoute, aide...).

- Une seconde sphère renvoie aux relations privées : les rapports hommes/femmes, les relations intrafamiliales, les échanges propres aux groupes de pairs... Des violences spécifiques peuvent affecter ici la cohérence et l'intégrité des trajectoires individuelles (séquestrations, fugues, viols, grossesses précoces...). Ces vulnérabilités psychosociales ont aussi des effets sur la parentalité.

- La troisième sphère renvoie à des vulnérabilités inscrites dans l'intimité des individus, où priment la recherche de sensations (prise de psychotropes, mises en danger de soi, « conduites ordaliques ») et les violences exercées contre soi (scarifications, automutilations, conduites alimentaires problématiques, tentatives de suicide...).

Dans ces deux dernières sphères, les conduites à risques renvoient plus à une fonction de régulation des tensions émotionnelles et des affects [12]. Confrontées à des sentiments dépressifs de résignation, de peur, d'anxiété, d'isolement et d'impuissance, certaines personnes recourent aux produits psychoactifs et aux comportements provocants (violence, virilisme...) pour se mettre en scène, lever des inhibitions, masquer les peurs, augmenter les performances, s'endurcir et s'imposer dans les jeux de réputation [55].

La quête de distinction et de prestige, stimulée par les conduites à risques, peut devenir exponentielle et produire des basculements importants dans les trajectoires. Les personnes qui se sentent débordées par leurs révoltes peuvent tendre à gérer leurs émotions en consommant des produits calmants, en adoptant des attitudes d'isolement, de retrait, qui leur donnent le sentiment de « diminuer la pression », de « déconnecter » et d'« oublier ». Mais quand elles en perdent la maîtrise, ces conduites tendent à les fragiliser physiquement et socialement.

Quand certains s'inscrivent dans une expression et un affrontement artistique (rappeurs, graffeurs, breakers, slameurs...), d'autres se manifestent sur le mode guerrier (caïda de cité, bandes urbaines, etc.), d'autres encore peuvent s'appuyer sur la consommation de psychotropes ou les mouvements religieux et les sectes. Il s'agit, dans tous les cas, de trouver un support (culturel, social, économique, déviant, émotionnel) pour dépasser les tensions, supporter l'adversité et donner du sens à sa vie.

Suivant les milieux, ces conduites s'inscriront plus fortement dans l'une ou l'autre des sphères de vulnérabilité (sociale, familiale, intime). Dans chacune d'entre elles, les conduites à risques contribuent à l'agencement et à la régulation des styles de vie quand les possibilités d'agir (s'adapter, expérimenter, se confronter...) apparaissent restreintes ou inaccessibles. Cette fonction est plus particulièrement importante à l'adolescence.

Penser et agir la prévention des conduites à risques : les réflexions menées en Seine-Saint-Denis


Santiago Serrano et son équipe* ont publié en juin 2007, avec le concours de Pascale Jamoulle, anthropologue, un document intitulé « *Penser et agir la prévention des conduites à risques* », fruit d'une longue maturation et d'une écriture collective. Santiago Serrano en livre quelques extraits remaniés pour les besoins de cet article.

Loin de proposer des analyses définitives sur les conduites à risques et la prévention, ce travail rend compte d'un processus continu de réflexion mené ces dernières années en Seine-Saint-Denis. De nombreux acteurs de terrain ont compris depuis longtemps que les « conduites à risques » pre-

naient une place grandissante dans la vie d'une fraction de la jeunesse et de la population, sans qu'elles soient prises en compte par les institutions, faute d'une évolution des cadres de compréhension et d'intervention de celles-ci.

Cette contribution capitalise les expériences et réflexions engagées par les associations, villes, travailleurs sociaux et médico-sociaux du département, équipes éducatives et socio-culturelles, acteurs de la justice, de l'insertion, etc., confrontés à des publics fragilisés et exposés aux prises de risques. Elle intègre des connaissances accumulées et beaucoup d'enseignements des expériences engagées. Elle

s'appuie sur les travaux de plusieurs instances de réflexion et de coopération ayant associé un peu plus d'un millier d'acteurs de terrain et de structures de prévention.

Elle amorce également l'identification des ressources et des contours du champ d'action dans lequel la prévention des conduites à risques pourrait s'inscrire. 

* Mission de prévention des conduites à risques, Conseil général de la Seine-Saint-Denis, Betty Azocar, Patricia Echevarria, Michel Joubert, Evelyne Dorvillius, Hugo Filliaudeau, Marie-Thérèse Gaudier, Laurence Digard, Yannick Franciette, Cathy Lohé.

Quand les fragilités affectent le système relationnel, les conduites à risques sont d'abord une manière d'agir sur la souffrance morale en cherchant à réguler les émotions et les affects.

Quand les causes relèvent davantage de difficultés économiques, les prises de risques renvoient à des impératifs de survie.

Quand les tensions proviennent des problématiques culturelles et de socialisation, les conduites à risques peuvent représenter une manière de s'affirmer, de se faire reconnaître et de trouver une place socialement valorisée.

Ces sphères spécifiques peuvent également se croiser et produire des effets conjugués : les vulnérabilités s'en trouvent alors amplifiées².

Il ne s'agit pas de juger ici les conduites à risques comme les attributs d'individus particuliers : ni comme une entité clinique, encore moins comme un diagnostic de dangerosité visant des groupes sociaux spécifiques, sur lesquels il s'agirait d'exercer un contrôle social. Elles tendent simplement à devenir, chez certaines personnes, des éléments structurants de parcours et de styles de vie, inscrits dans des rapports et des contextes sociaux déterminés.

Les processus de fabrication des conduites à risques

Au cours des travaux que nous avons menés, des professionnels des secteurs préventifs, sociaux, sanitaires,

éducatifs, socioculturels et judiciaires ont analysé les logiques de production sociale des conduites à risques à l'œuvre dans le département. Cinq processus principaux, qui peuvent se conjuguer et que je n'ai pas la place de développer ici, sont particulièrement actifs dans la fabrique des vulnérabilités et des comportements extrêmes :

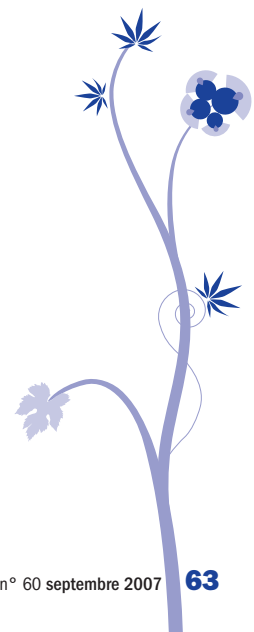
- La précarisation, l'enclavement, le sentiment d'humiliation et le besoin de reconnaissance ;
- La fragilisation des lieux de socialisation traditionnels (famille, école, quartier) et les tensions de genre ;
- « L'école de la rue » et ses microtrafics ;
- Les discriminations, les conflits de culture et la vie en clandestinité ;
- Le basculement dans l'errance.

Les freins à l'action préventive

À partir de cette mise en lumière, le constat est dressé de l'insuffisance des réponses publiques aux processus producteurs de conduites à risques. Le déficit d'accès aux soins psychiatriques (notamment en pédopsychiatrie) est endémique en Seine-Saint-Denis. Un nombre toujours plus important de personnes en grande souffrance psychique, et qui ne sont pas suivies, arrivent dans les services et établissements sociaux. Peu formées aux questions de santé mentale, les équipes sociales rencontrent des difficultés majeures pour accompagner ces publics. Les collaborations entre les services de psychiatrie et l'action sociale sont très inégales et ne favorisent pas toujours la mise en œuvre d'un soutien adapté et de qualité.

Outre les zones d'ombre et les vides des politiques publiques, les difficultés d'accès à l'aide et aux soins ont des dimensions sociales et culturelles. Ainsi, les

2. C'est ce que Robert Castel appelle la désaffiliation (précarisation conjointe des liens au travail, des liens familiaux et de la citoyenneté). Cf. « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle », in Donzelot J. (dir.), *Face à l'exclusion, le modèle français*. Paris, Esprit, 1991. Cf. également Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V. (eds.), *Précarisation, risque et santé*, éd. Inserm, 2001



expériences négatives avec les institutions (contrainte, contrôle, disqualification, discrimination, incarcération, médicalisation) sont souvent à l'origine d'un enchaînement de scénarios de rupture, de méfiances mutuelles, de manipulations et de rejets des professionnels, des institutions, des élus. Le décalage est croissant entre les familles des quartiers et les professionnels des différentes institutions. Cette fracture est facteur de souffrance pour les habitants, mais aussi pour les acteurs de terrain. Ces ruptures ont pour conséquence une absence globale de demandes (ou tout au moins de formulations) par fierté, par crainte diffuse du contrôle et des ennuis supplémentaires, par manque de savoir-faire ou par peur d'être étiquetés « fous », « jeunes à problèmes », « toxicos ».

La détresse morale éloigne aussi des institutions. Usées moralement, des personnes ne se sentent plus en état d'agir sur leur vie, d'avoir une démarche d'introspection et des projets. Suite à une série de disqualifications et d'expériences de rejet, elles peuvent avoir le sentiment de ne « rien valoir », de n'avoir de place nulle part; elles se sentent alors inutiles, s'ennuient. Groupes et individus réagissent chacun à leur manière à ces situations : tomber malade, se révolter, s'engager dans des activités déviantes, consommer des psychotropes...

De plus, la sectorisation rigide et l'approche mono-professionnelle sont peu efficaces quand les personnes sont aux prises avec des processus de précarisation globaux. Quand ils sont systématiquement renvoyés à leur strict registre de compétence, les professionnels ne sont pas dans les meilleures conditions pour échanger avec d'autres secteurs et participer à une réflexion plus globale. Chacun en reste à son angle de vision des réalités des jeunes et des familles, ce qui permet difficilement d'accéder à la palette de ressources et des compétences indispensables à l'action préventive. Dans un même quartier, les travailleurs sociaux, les équipes éducatives, les soignants et les acteurs de prévention ont souvent peu de rapports entre eux. Les liens sont tout aussi difficiles avec les spécialistes de la santé mentale. Le développement de la politique de secteur a souvent abouti à des alternatives à l'hospitalisation. Mais ce dispositif manque de lisibilité, il est mal connu et les acteurs de prévention n'identifient que l'hôpital psychiatrique, dont ils ont une mauvaise image; quant aux jeunes, le plus souvent ils ne veulent même pas entendre parler de l'institution psychiatrique.

Par ailleurs, l'impact de la distance sociale semble s'intensifier. Une tendance globale à l'éloignement des mondes sociaux rend les modes d'intervention classiques de moins en moins opérants. Le décalage s'aggrave entre ce qui est traditionnellement proposé par les professionnels de l'action éducative, socioculturelle, d'insertion, sanitaire et sociale et la sensibilité, les modes de vie, l'hostilité, voire l'état des personnes, dans certaines couches sociales. L'approche technicienne de ces publics est souvent vaine. En rupture de liens et de

rêves, ils ont des difficultés à s'inscrire dans les logiques de projet (école, insertion, vie personnelle, activité). Conséquence directe des problèmes de place et de reconnaissance, beaucoup d'adolescents et de jeunes adultes vivent dans un premier temps la sollicitude et l'action des professionnels sur le mode de la violence symbolique, c'est-à-dire comme une manière supplémentaire de les discriminer et de les stigmatiser.


Les lieux de l'intervention préventive

« La prévention, c'est agir sur les processus de vie et les environnements... »

Identifier les déterminants sociaux des conduites à risques éclaire les champs prioritaires de la prévention et leur donne du sens. Les pratiques préventives doivent prioritairement porter sur les différents facteurs de tensions sociales, culturelles et familiales qui contribuent à introduire des logiques d'excès et des mises en danger compulsives pour les personnes les plus vulnérables³.

Points de prévention prioritaires

- La banalisation de l'économie souterraine et la structuration identitaire des jeunes à « l'école de la rue »
- Le décrochage et l'exclusion du système scolaire
- Les troubles des liens familiaux
- La parentalisation des jeunes
- Les tensions de genre
- Le manque d'écoute et la faiblesse des réponses aux souffrances psychosociales
- La précarisation des liens de citoyenneté
- Les discriminations, conflits de cultures et difficultés liées aux situations de migration
- Le marquage pénal
- Le basculement vers l'errance et la vie en rue
- Les fonctionnements institutionnels rigides
- Le cloisonnement des modes d'intervention
- Les problèmes d'accès aux droits et aux ressources.

Au plan institutionnel, décrocher les interventions, assouplir et adapter les discours et les réponses apparaît comme éminemment préventif. Se qualifier collectivement en matière de dialogue interculturel, lutter contre l'étiquetage des jeunes et des familles ainsi que les comportements « aut centrés » des institutions deviennent des objectifs essentiels. Le travail collectif d'interpellation des politiques publiques et d'accès au droit prend alors tout son sens préventif. 

³. Les mêmes logiques d'excès peuvent concerner des publics moins fragiles, plus résistants. Ils peuvent également profiter des ressources préventives, mais il s'agit ici d'inverser la tendance générale qui conduit ces publics à être les principaux bénéficiaires des politiques de prévention, alors qu'ils sont aussi déjà les mieux prévenus.

Passer d'une addiction à une autre

Tant en matière de soins que de prévention, le passage d'une addiction à une autre doit être considéré comme un champ de recherches particulièrement ouvert et intéressant.

Une bonne connaissance des risques de transformation d'une conduite addictive en une autre fournirait des indications précieuses, notamment en permettant de distinguer les actions spécifiques à une substance ou une conduite particulière de celles qui relèveraient de la prise en charge des addictions dans leur ensemble.

Or, s'il existe des arguments théoriques et cliniques forts, dans divers domaines, quant à l'existence de ce passage d'une addiction à une autre, la littérature en la matière s'avère peu abondante, et non toujours concordante.

Nous nous proposons de donner quelques exemples de ces arguments, particulièrement en ce qui concerne l'alcoolisme, les toxicomanies et le jeu pathologique, et d'en tirer quelques implications en matière de prévention.

Typologies des addictions et vulnérabilité individuelle

Les raisons théoriques pour supposer un « switch » entre diverses addictions sont nombreuses. La première tient au fait que les différents modèles explicatifs des conduites addictives ne sont guère spécifiques d'une catégorie de substance ou d'une conduite donnée.

Les modèles biomédicaux

Les modèles biomédicaux, même lorsqu'ils font une large place aux effets pharmacologiques des différentes « drogues », admettent généralement que la dépendance peut être de nature comparable pour des substances dont les « cibles » cérébrales sont différentes : c'est l'idée, maintenant répandue, d'une « voie finale commune » des diverses addictions. Ce mécanisme commun à toutes les addictions est de mieux en mieux démontré par la neurobiologie, qui explore le « circuit de la récompense » et ses différents médiateurs, et par l'observation clinique.

Notons d'ailleurs que plusieurs études évoquent un rôle « sensibilisant » des premières substances psychoactives consommées, en particulier du tabac. Ce concept est repris avec les notions de « trace », d'« ornière », autant d'images permettant d'envisager la modification des processus cérébraux (sensibilisation neuronale, nouvelle organisation réceptoriale, modification des circuits des neuromédiateurs).

Mais, surtout, la plupart de ces modèles sont basés sur l'idée d'une interaction entre une substance et un individu vulnérable ou prédisposé.

La notion de prédisposition renvoie à des facteurs géné-

tiques, environnementaux, éducatifs, ou d'événements de vie, et quantité de recherches s'attachent à isoler des éléments qui permettraient, dans une population, de repérer les individus vulnérables, afin de cibler au mieux les stratégies préventives.

Citons parmi ces recherches celles qui s'attachent à la mise en évidence de traits de personnalité supposés déterminants, et évidemment antérieurs à la conduite addictive.

L'impulsivité et la recherche de sensations ont ainsi souvent été mises en avant pour rendre compte des versants les plus activement risqués, transgressifs, voire « psychopathiques » des toxicomanies aux drogues illicites, mais aussi de l'alcoolisme ou du jeu pathologique.

Qu'il s'agisse de jeux de hasard ou de conduite routière avec facultés affaiblies par l'usage d'alcool, les stratégies visant à promouvoir « le jeu responsable » ou la sobriété au volant finissent inexorablement par se heurter à l'existence d'une frange incompressible de « récidivistes », de « transgresseurs », de « dépendants », qui ne relèvent plus des mêmes stratégies préventives que la population générale, et ressemblent d'une certaine façon aux toxicomanes aux drogues illicites. Ceux-ci sont en effet l'exemple d'un groupe minoritaire, qui « résiste », d'une façon qui peut sembler irrationnelle, aux mesures préventives les plus drastiques et les plus contraignantes.

Le fait de distinguer avec Cloninger [15] deux grands groupes d'alcooliques, un « type 1 » d'alcoolisme d'habitude ou social, et un « type 2 » impulsif, voire psychopathique, revient à dire que certains alcooliques ont un rapport « toxicomaniaque » au produit. Ils deviennent dépendants de l'ivresse (voir les problèmes du « binge drinking »), de la « défonce », contrairement à d'autres pour lesquels l'addiction peut plus facilement être vue comme instauration progressive d'une dépendance à une substance.

Cet alcoolisme impulsif relève donc de stratégies thérapeutiques et préventives du même ordre que celles qui sont mises en œuvre pour les toxicomanies.

Il en est de même pour le jeu pathologique, qui ne doit pas être considéré comme une entité homogène, mais qui implique une distinction entre plusieurs sous-groupes de joueurs. Blaszczyński [11] propose ainsi une typologie en trois groupes : les joueurs « d'habitude », les joueurs « névrotiques », par exemple ceux qui vont surinvestir le jeu comme automédication dans des circonstances de vie anxigènes ou déprimantes, et les joueurs « impulsifs » ou psychopathiques, comparables à des toxicomanes au jeu.

Au regard donc de ces typologies et de cette notion de prédisposition ou de vulnérabilité, le partage devrait

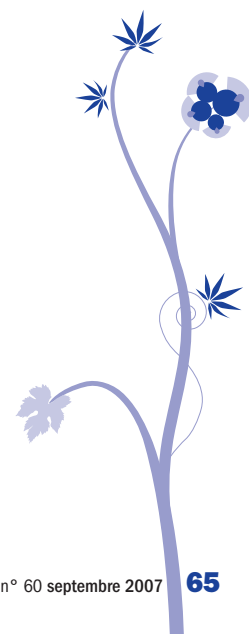
Marc Valleur

Psychiatre, médecin directeur du centre Marmottan

Pierre Poloméni

Psychiatre, hôpital Jean Verdier, Bondy, membre du Haut Conseil de la santé publique

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



moins se faire entre alcoolisme, toxicomanie, ou jeu pathologique, mais plutôt entre sujets impulsifs, psychopathes, transgresseurs d'un côté, de l'autre des sujets ayant « névrotiquement » cherché une automédication dans le jeu, l'alcool ou les drogues, et enfin ceux pour qui l'addiction est le résultat des habitudes de vie, de la pression sociale, etc.

Les modèles psychanalytiques

Les modèles psychanalytiques, de façon générale, vont aussi la plupart du temps mettre l'accent plus sur des facteurs généraux, communs à un ensemble de conduites addictives, même si le sens spécifique, pour un sujet donné, du « choix » de tel produit ou de telle conduite prend, dans des approches de « sens », un relief particulier.

E. Glover [24] fut sans doute le premier à avoir clairement énoncé que le transfert d'addiction, d'une substance à une autre, devait être considéré plus comme la règle que comme l'exception : *« Il n'y a maintenant plus de doute que les effets pharmacologiques des drogues n'ont pas, dans les addictions dangereuses, une part aussi spécifique qu'on peut le supposer dans les cercles extérieurs à la psychologie. Dans certains cas d'addiction, où un substitut inoffensif était choisi (dans un cas, le sucre était utilisé en ce sens), j'ai observé que la même compulsion servile s'attachait au substitut et que la privation du substitut libérait des charges massives d'angoisse. »*

L'accent des recherches analytiques peut porter sur la personnalité dépendante, sur les états limites ou border line, et s'oppose alors à l'idée d'un processus addictif purement et simplement causé par l'effet de telle ou telle substance.

Il peut aussi porter sur le type de relation d'objet, voire sur la construction par le sujet du besoin de dépendre d'un objet extérieur inerte et maîtrisable, et, ici encore, il n'y a guère de nécessité théorique à introduire une spécificité de tel ou tel objet d'addiction.

Le choix d'un objet particulier tient à la singularité de l'histoire du sujet, mais la possibilité de substitution indiquée par Glover [24] existe toujours.

Il serait possible de passer à ce crible la plupart des nombreux modèles qui ont été proposés comme explication des diverses addictions, et de montrer que la plupart impliquent, presque comme une nécessité logique, la possibilité de ce passage d'une addiction à une autre.

Une notion comme celle d'« état dissociatif » (Jacobs [21]) souligne par exemple le fait que ce qui est cherché par la plupart des « addicts » dans une substance ou une conduite n'est pas un effet précis — un effet anxiolytique, antidépresseur, excitant, comme ceux que cherchent à obtenir les chercheurs de laboratoires pharmaceutiques —, mais un état « autre », une rupture par rapport à l'état de conscience habituel.

De même, la critique de la notion de maladie addictive et de drogue par Stanton Peele [44] est fondée sur le

fait que c'est d'abord d'une expérience qu'un sujet devient dépendant, et non d'une substance chimique précise...

Les polyaddictions

Les recoupements d'addictions, le fait qu'un sujet puisse, en même temps, être « addict » à plusieurs substances ou conduites, est aussi une évidence qui renforce cette idée de possible « substitution ».

Cela est évident à l'intérieur du champ des toxicomanies, où le terme de « polyconsommation » vient confirmer que la dépendance à un produit unique est plus l'exception que la règle.

C'est de ce constat que provient d'ailleurs, au début du siècle, le mot de toxicomanie, tant il devenait fastidieux de désigner les patients avec des termes aussi compliqués que, par exemple, « morphino-héroïno-cocainomanes » (Dugarin et Nominé [20]).

Dans le champ de l'alcoologie, ce constat de la prédominance des « polyconsommations » est presque aussi net, surtout si l'on inclut dans les substances d'abus le tabac, à côté du cannabis et des médicaments psychotropes.

Le statut légal différent de l'alcool, du tabac, des drogues illicites conduit certes à une sélection sociale d'usagers différents : il paraît logique que les plus impulsifs et transgresseurs choisissent plus facilement les substances illicites, selon une intrication complexe des problématiques de la dépendance et de la délinquance.

Ce fait, qui est en grande partie à l'origine de la séparation des dispositifs spécialisés, a contribué à une vision mythique de « la drogue », résultat d'une construction où le même objet est rendu responsable de son potentiel de dépendance et du potentiel d'impulsivité et de transgression de ses utilisateurs.

En dehors des « polyconsommations », le recoupement des addictions entre elles est retrouvé dans la plupart des études épidémiologiques : il y a plus d'usage de drogues illicites parmi les alcooliques que dans la population générale, plus de joueurs pathologiques parmi les alcooliques, plus d'alcooliques parmi les joueurs...

Il est même important en clinique de noter que le « déni », la négation d'une consommation, peut, pour un même patient, ne concerner qu'une addiction, une autre étant mise au-devant de la scène. Ce « déni » concerne le plus souvent l'alcoolisme, qui est farouchement nié par nombre de toxicomanes, alors même que l'alcool est dans leur cas le produit dont l'usage est à la fois le plus problématique dans leur équilibre psychique, et le plus dangereux au niveau somatique. C'est aussi le cas pour un nombre certain de joueurs pathologiques : il est admis que l'usage d'alcool est un facteur aggravant, souvent associé à l'abus de jeu, mais qui n'est pas toujours facile à évaluer cliniquement, au début d'une prise en charge.

Cette fréquence des « polyaddictions » est l'un des arguments forts pour que jeu pathologique, toxicomanies,

alcoolisme puissent être pris en charge dans des unités polyvalentes d'addictologie (Petry [46]).

D'une addiction à l'autre

Le passage d'une addiction à une autre est par ailleurs souvent relevé en clinique, malgré la relative pauvreté de la littérature en la matière.

Parmi les exemples qui ont donné lieu à de nombreuses publications, il convient de noter la place importante des problèmes d'alcool chez les toxicomanes aux opiacés traités par des médicaments de substitution.

La question est suffisamment prégnante pour avoir fait l'objet de chapitres spécifiques dans les « guidelines » d'utilisation de la méthadone, et pour justifier la pratique, aujourd'hui très répandue, des « sevrages sélectifs » dans les unités spécialisées dans le soin aux toxicomanes : les sevrages vont concerner alcool ou excitants, alors que l'usage d'opiacés est souvent bien contrôlé, et reste dans le cadre des traitements prescrits.

Une publication (Caputo [14]) soutient certes que l'administration à court terme de méthadone réduit la consommation d'alcool chez les héroïnomanes non alcoolodépendants. Mais c'est souligner la complexité des situations cliniques, dans lesquelles il est souvent difficile de faire la part entre un usage abusif ou une dépendance préexistante, et un alcoolisme secondaire, « créé » par le traitement.

Les auteurs admettent par ailleurs que, à moyen et long termes, l'augmentation d'usage d'alcool chez les patients traités par méthadone est fréquente.

Mais le passage de la toxicomanie à l'alcoolisme est extrêmement fréquent, et existe en fait indépendamment des traitements de substitution. Comme cliniciens, nous sommes assez souvent tentés – en France du moins — de considérer l'alcoolisme comme une sorte de « voie finale commune » très fréquente en addictologie.

Dans l'autre sens, c'est-à-dire celui du passage de l'alcoolisme à d'autres formes de dépendance, Lahmek [30] a recensé les études portant sur les transferts de dépendance après traitement de l'alcoolodépendance.

La dépendance aux benzodiazépines est dans ce contexte un risque souvent signalé, mais peu d'études permettent une objectivation et une quantification de ce phénomène.

Le passage à l'usage de substances illicites est une possibilité, Lahmek [30] citant une étude de 1983 dans laquelle 65 patients traités pour alcoolisme sur 130 consommaient des drogues illicites après un an de traitement, dont 20 % qui présenteraient un transfert de dépendance.

Ici encore, la clinique tend à montrer que les addictions ne sont pas toujours des entités figées comparables à des maladies chroniques et progressives, et que chez certains sujets il peut y avoir, dans un contexte d'addictions multiples, des phases où l'une prend provisoirement le devant de la scène.

Le jeu pathologique est considéré par certains auteurs (Slutske [56]) comme « variable », plus que comme « chronique », du fait de l'importance des rémissions spontanées et du faible pourcentage de demandeurs de soins parmi les joueurs à problème.

Il est évident qu'un patient toxicomane ou alcoolique peut traverser des phases de jeu compulsif, sans que ces phases soient toujours repérées par les équipes soignantes.

Il peut arriver pour certains patients, alternativement alcooliques, toxicomanes, joueurs, que l'on doit selon le moment décider quelle conduite addictive il convient de considérer comme au-devant de cette scène mouvante... (La même situation peut se retrouver dans nombre de cas, par exemple pour des boulimiques, alcooliques, sex addicts...).

Des risques qui se cumulent

Les implications de ces croisements d'addictions, de ces possibles passages de l'une à une autre, sur le sujet, sont multiples, et concernent tant le champ du soin que celui de la prévention.

À un premier niveau, les risques associés à une consommation ou à un comportement peuvent s'additionner : on observe alors une juxtaposition de pathologies induites (hépatite C et cirrhose alcoolique, cancers liés aux intoxications alcoolotabagiques...).

Il est évident que des sujets « preneurs de risque », impulsifs, chercheurs de sensation, doivent particulièrement tendre à ce type d'addition des conduites dangereuses.

Mais parallèlement à ces facteurs de « prédisposition », il faut aussi tenir compte de l'ensemble des facteurs d'environnement, de style de vie, liés à un type de consommation (voire à une identification à un produit), et susceptibles d'entraîner un « sur-risque » dans d'autres domaines. Cela est bien exploré pour les risques de délinquance ou de criminalité, qui sont associés à la toxicomanie ou à l'alcoolisme de façons variables et complexes (Brochu [13]).

On sait aussi que les prises de risque sexuelles sont plus fréquentes dans certains sous-groupes d'usagers de drogues, et que la prévention ne doit pas cibler que les pratiques d'injection.

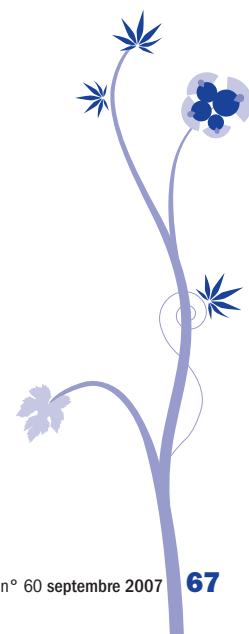
Une étude récente de Petry [47] tend à montrer qu'il existe de la même façon un « sur-risque » sexuel chez des patients alcooliques ou toxicomanes, lorsqu'ils sont aussi joueurs pathologiques...

Sur le plan financier, social et familial, chaque période de dépendance possède ses conséquences nocives propres.

Il faudrait pouvoir élaborer une « réduction des risques » conçue de façon large, pour limiter les pathologies somatiques et appréhender les dommages sociaux.

En conclusion

Le concept d'addiction, en posant des similitudes entre différentes dépendances de produits et comportements,



ouvre plusieurs chantiers. À côté de celui, déjà bien exploré en clinique des polyaddictions, se situe l'idée d'un itinéraire d'un groupe d'usagers passant « au fur et à mesure » d'un comportement à un autre. Les modifications des comportements, dans un suivi au long cours, doivent être soigneusement analysées : devant une nouvelle consommation, par exemple, doit-on évoquer un « sur-risque », une rechute, une reprise, ou un « switch » ? L'environnement associé au changement de comportement ou de produit (incluant le mode de vie, les rituels de préparation ou de mise en œuvre) offre des perspectives pertinentes de travail.

Il est difficile de définir précisément les caractéristiques psycho-socio-démographiques de cette population, d'autant que l'on pourra les rencontrer à tel ou tel moment de leur parcours.

Notons à nouveau la relative carence de littérature objective en la matière. Cela est sans doute explicable au moins par la nécessité d'un suivi de cohorte, ouvert (susceptible d'intégrer des comportements « non prévus ») sur de longues années. Mais aussi par le clivage des champs d'intervention et de recherche, historiquement fondé sur un découpage centré sur les produits (l'alcoolologie étant distincte de la toxicomanie et de la tabacologie, et le jeu pathologique n'étant pas toujours inclus dans les missions des services pour toxicomanes ou alcooliques).


Un intérêt de l'élargissement d'interventions préventives et thérapeutiques à un ensemble de conduites addictives porte aussi sur le repérage précoce de certains troubles : un intérêt « latéral » de la publicité sur les effets nocifs du cannabis et de la mise en œuvre de consultations spécifiques pourrait être le dépistage de troubles mentaux débutants, le cannabis jouant ici soit le rôle de facteur précipitant, soit simplement de catalyseur des angoisses parentales, permettant la consultation...

Au niveau thérapeutique, l'intérêt du rapprochement

des addictions est à la fois évident, mais aussi parfois difficile à mettre en œuvre.

Les cultures institutionnelles, la nécessité pour les soignants de bien connaître l'univers de leur clientèle (le monde de la drogue, le vécu du malade alcoolique, les logiques paradoxales du joueur d'argent...) mais surtout les profils très différents des usagers ne rendent pas le rapprochement des dispositifs toujours aussi aisé que le souhaiteraient des entrepreneurs de santé publique.

Mais on note que, souvent, les passages d'une addiction à l'autre ne se traduisent pas – même lorsque les dispositifs sont très clivés – par un changement systématique de soignant ou d'institution : il est difficile, par exemple, d'accepter en première intention tous les patients alcooliques dans une consultation dédiée aux usagers de drogues illicites. Mais un ancien toxicomane devenu alcoolique y gardera le plus souvent sa place, sa conduite y étant abordée dans sa continuité (qu'elle soit vécue comme une étape dans une évolution progressive, ou bien comme un échec poussant à réviser les stratégies...).

Enfin, en matière de prévention, un choix difficile se présente : une ouverture trop large des messages (« prévention de la dépendance ») perd de sa pertinence et de sa force. Un objectif précis ciblé sur un produit est plus facile à construire, mais ne concerne qu'une population à un moment donné. Il serait intéressant d'approfondir un constat clinique : certaines propositions thérapeutiques peuvent avoir une certaine valeur préventive. Les consultations pour dépendance aux jeux en réseau chez des adolescents ou de jeunes adultes, par exemple, ont l'intérêt de mettre en évidence un risque de fonctionnement addictif chez des sujets jeunes, n'ayant parfois pas encore l'expérience des usages de substances ou du jeu d'argent. On peut espérer que le travail effectué lors d'une première prise en charge aura un impact positif sur leur évolution. 

Vers la reconnaissance et le financement de la prévention

Parce que la consommation des produits psychoactifs constitue un déterminant majeur de morbi-mortalité et pèse lourd en termes de coût social et humain, la prévention des conduites addictives doit constituer un axe prioritaire de la politique de santé publique.

Pour autant, cette prévention, comme la prévention en général, continue d'occuper une place secondaire dans le système de santé français, qui s'est développé en priorité autour de la démarche curative¹. Depuis plusieurs décennies, et avec la médecine moderne, la préoccupation principale reste en effet la maladie et la médecine plutôt que la santé en tant que telle. Une « culture de la prévention » est donc encore à construire.

La prévention la mieux reconnue est celle qui se réfère au modèle médical pour proposer des programmes d'actions individualisées et médicalisées. L'exemple de la vaccination où l'on retrouve le schéma de la relation individuelle patient/médecin au cœur de la démarche curative constitue le paradigme qui entretient la conception « médicale » de la prévention. C'est aussi le cas des stratégies de repérage et d'intervention précoce qui procèdent de cette conception et considèrent les professionnels de santé comme les premiers agents de prévention en les mobilisant autour d'un « acte médical » individualisé.

Mais la prévention ne peut se limiter à cette seule approche, notamment lorsqu'il s'agit de prévenir l'apparition de dommages induits non plus par des agents pathogènes, mais par des comportements inadéquats. La stratégie est de faire appel à la raison des individus pour les inviter à modifier leur comportement en les informant sur les risques qu'ils courent, ce qui suppose qu'ils perçoivent l'existence du risque pour eux-mêmes.

L'évidence de ces deux approches masque la finalité principale de la prévention primaire : développer les conditions favorables à la santé, donner aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer en prenant en compte leur environnement, permettre aux individus de renforcer leurs comportements sains et d'atténuer ceux qui leur sont dommageables. La prévention ne doit donc pas se réduire à celle de la seule maladie ou des seuls risques. Favoriser et préserver la santé implique des interventions collectives sur les modes de vie et les comportements qui peuvent prendre des formes non

seulement très générales — réglementaires, économiques et médiatiques —, mais aussi des formes de proximité pour impliquer les publics en s'adressant aux communautés ou aux groupes sociaux auxquels ils appartiennent, en considérant leurs besoins, leurs représentations et leurs attentes. Ces interventions constituent les relais incontournables à l'appropriation des connaissances indispensables et au développement de motivations et de ressources personnelles dans une finalité d'autonomie et de responsabilité.

Cette approche vise la construction d'une éducation à la santé fondée sur la démarche positive de promotion de la santé formalisée par la charte d'Ottawa, adoptée le 21 novembre 1986. Elle repose sur une conception globale, dynamique et positive de la santé, qui inclut la promotion des modes de vie aussi bien que l'amélioration des conditions de vie, des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent et favorisent la santé. Elle constitue la valeur qui sous-tend toute intervention en prévention, en visant à augmenter, chez l'individu et la collectivité, le pouvoir d'agir sur la santé. *La promotion de la santé ouvre ainsi un cadre d'intervention large et appelle une politique globale orientée vers le bien-être.*

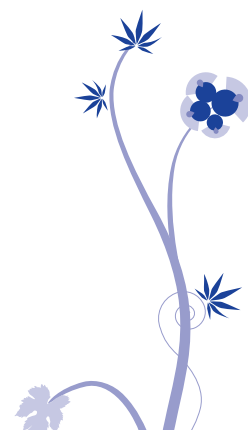
Cette organisation de la prévention s'appuie également sur le continuum entre :

- l'éducation à la santé, conduisant à une prévention primaire collective ou universelle de proximité, impliquant les publics pour leur permettre de faire les choix favorables à leur santé ;
- l'intervention précoce ou prévention primo-secondaire, incluant des stratégies et dispositifs collectifs de repérage, d'accès aux soins et de prévention des risques centrés généralement sur des publics présentant des vulnérabilités spécifiques (jeunes, populations précaires, personnes sous main de justice...) et des actions individuelles de repérage des facteurs de risques et d'interventions ayant pour objet de prévenir l'apparition de la maladie ;
- les prises en charge individuelles, ou prévention tertiaire destinée à réduire les conséquences de la maladie de manière immédiate ou à terme (éducation thérapeutique) et les risques associés.

Ce continuum favorise ainsi la cohérence et l'efficacité globale des dispositifs de santé. Mais si les deux derniers volets sont les mieux promus, le premier reste méconnu en France dans ses finalités et son organisation, et requiert d'être inscrit dans un dispositif national et doté des moyens à la hauteur des enjeux de santé publique actuels.

Alain Rigaud
Psychiatre des hôpitaux, chef de service de l'Intersecteur d'Alcoologie Reims, président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

1. La prévention en matière de santé, rapport et avis présenté par M. Guy Robert au nom de la section des affaires sociales du Conseil économique et social.



La prévention primaire en addictologie : les orientations de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa)

Dans le champ de l'addictologie, la prévention doit, pour l'Anpaa, constituer une démarche globale qui prend en compte l'ensemble des facteurs favorisant les pratiques et conduites addictives, et qui s'appuie sur le continuum entre la prévention, l'intervention précoce et l'accès aux soins, les soins et l'intervention sociale. Elle se propose d'intervenir directement auprès des publics concernés pour agir sur les comportements, par des interventions précoces centrées sur la personne en tous lieux, à toutes les étapes de la vie et tout particulièrement dans les moments les plus critiques.

Cette démarche de prévention implique :

- une diversité d'actions intégrées dans une véritable stratégie de prévention de proximité (démarche communautaire, intégration de la santé dans les dynamiques des projets);
- une pédagogie participative soutenue par des outils pédagogiques adaptés à chaque public;
- la formation de personnes et de groupes relais de prévention;
- des partenariats, ainsi que la promotion et la participation à des réseaux sanitaires et sociaux.

La prévention confrontée à un manque de reconnaissance

Cette prévention de proximité sociétale et citoyenne, que l'on qualifie à ce titre de « prévention universelle », promeut donc l'éducation pour la santé, générale et thématique, bien en amont de la seule prévention sanitaire. Plus de vingt ans après l'adoption de la charte d'Ottawa, elle est toujours aussi mal reconnue en France où sa mise en œuvre souffre d'un manque de cohérence sur le plan des objectifs, de l'organisation et des moyens.

S'il existe en matière de prévention une palette très large d'actions à l'initiative de l'État, des collectivités locales, des organismes d'assurance maladie et des mutuelles ainsi que des associations de terrain, force est de constater que ces actions sont engagées au coup par coup, sans inscription dans un programme territorial qui les mette en cohérence les unes avec les autres sur un territoire donné et dans une temporalité à moyen terme, et qui soit évaluable.

Ce constat a été établi de manière générale en 2003 par l'Inspection générale des affaires sociales² et par la Cour des comptes³ pour la politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme qui reste « le parent pauvre de la politique de santé publique ».

En effet, si des lois et règlements ont été adoptés pour lutter contre les risques liés aux produits psychoactifs et aux comportements de consommation, si le vote en 1991 de la loi Evin relative à la lutte contre le taba-

gisme et l'alcoolisme semblait ouvrir une nouvelle ère dans la prévention et lui donner une reconnaissance institutionnelle, tout se passe comme si l'État pensait avoir réglé le problème des excès et avoir assuré sa part dans cette « lutte ».

Promouvoir une prévention du risque alcool, et plus largement des conduites addictives, exige donc d'aller plus loin pour mener des actions directement auprès du public, ce qui suppose d'abord de les inscrire dans un cadre cohérent et durable pour permettre de mobiliser ensuite du temps, des ressources humaines compétentes parce que formées, des outils et... des moyens financiers pluriannuels adéquats. Or les deux font défaut.

Concernant le cadre, la loi du 9 août 2004 de politique de santé publique a organisé l'infrastructure du dispositif avec principalement les conférences et groupements régionaux de santé publique (CRSP et GRSP) pour mettre en œuvre les plans régionaux (PRSP), mais n'a rien prévu pour la superstructure, c'est-à-dire la gouvernance régionale et territoriale, comme le relève la Conférence nationale de santé publique⁴. Concernant les financements, ceux-ci deviennent pour les opérateurs aléatoires du fait à la fois de :

- l'accroissement des contraintes budgétaires et de la baisse globale et nationale des financements alloués à la prévention de proximité, souvent considérée comme une variable d'ajustement;
- le nombre des priorités à traiter dans chaque région et celui des intervenants qui prétendent y répondre, ce qui induit un effet « inflationniste » sur le nombre de fiches-action adressées au GRSP et en retour un effet de saupoudrage des financements alloués;
- les disparités régionales dans les procédures d'instruction des appels à projets dont les modalités ne sont pas fixées nationalement et comportent bien des obscurités quant aux critères retenus pour décider d'allouer ou non des financements aux projets d'actions déposés par les opérateurs;
- les difficultés liées à la mise en place des GRSP et à leur appropriation des règles du jeu.

La conjugaison de ces difficultés et incertitudes avec l'absence d'une gouvernance suffisamment claire entre décideurs, financeurs et opérateurs induit de lourdes conséquences, à la fois sur la mise en œuvre des programmes d'action et sur l'emploi en termes de réduction de temps de travail et de licenciement économique, qui plongent les opérateurs associatifs de prévention de proximité dans un profond malaise. C'est ce qu'ils ont tenté à plusieurs reprises de faire entendre, et notamment au cours de l'automne 2006 à l'occasion des États généraux de la prévention.

Vers un contexte plus favorable à la prévention ?

Face à ce constat, il leur semble indispensable que l'État :

4. Conférence nationale de santé. Projet de note d'orientation pour l'avis relatif à « La gouvernance régionale et territoriale des politiques de soins et de prévention ». Non publié.

2. Igas, rapport annuel 2003 : Santé, pour une politique de prévention durable, La Documentation française, Paris 2003, 399 p.

3. Cour des comptes : rapport public 2003, La politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme, p. 415 à 452.

- définit de manière claire les grands objectifs de la prévention, avec parmi eux les addictions ;

- développe une politique publique mieux coordonnée entre l'État, l'assurance maladie et les mutuelles, les collectivités territoriales et les opérateurs ;

- mobilise des moyens nouveaux par des dispositifs pluriannuels pour être à la hauteur des enjeux actuels de santé et développer de manière cohérente et sur le moyen ou long terme des programmes d'actions territorialisés.

Il s'agit de constituer un véritable dispositif de prévention primaire et de doter ses opérateurs d'un statut juridique avec un socle de moyens suffisamment pérennes à l'aide de contrats d'objectifs pluriannuels. Avec un calendrier d'instruction des projets adapté, ce dispositif leur permettra d'assurer une meilleure gestion des projets, des budgets et des ressources humaines, et par là même une meilleure conduite des actions. Parallèlement, les pratiques doivent être évaluées et il convient de définir collectivement les référentiels de bonnes pratiques en matière de prévention afin de démontrer son efficacité.

Suite à cette interpellation des associations et dans le cadre des États généraux de la prévention, le ministre de la Santé a défini cinq priorités comprenant quinze mesures⁵, dont la « Mesure 15 » qui a pour objet de « faciliter la mobilisation des associations qui interviennent en prévention ». Sa mise en œuvre s'est engagée sous l'égide du ministère par la mise en place de deux groupes de travail, l'un sur le problème des procédures et d'une pérennisation suffisante des financements de la prévention, l'autre sur la mise en place d'un référentiel qualité pour les actions de prévention.

Les opérateurs, et parmi eux les associations, s'en réjouissent. Mais les objectifs ambitieux de cette « Mesure 15 » et l'avancement des travaux engagés seront-ils compatibles avec les difficultés de financement que rencontrent actuellement les associations opérateurs de terrain, qui les obligent déjà à se séparer de leurs collaborateurs formés malgré les besoins qui leur sont exprimés ? La question reste ouverte, car il est à craindre que les conclusions et surtout les décisions administratives qui doivent en découler ne soient pas effectives avant 2008 voire 2009. Il y a urgence à agir, compte tenu de la situation qui fait craindre le pire pour l'avenir même du dispositif de prévention.

Aussi, l'avenir de la prévention en France, et notamment la prévention des conduites addictives, passe par :

- une articulation renforcée entre les politiques publiques, leur déclinaison territoriale (déconcentration et décentralisation) et les opérateurs de prévention de proximité ;

- l'amélioration de la gouvernance régionale et territoriale de la santé publique avec notamment, dans le champ de la prévention, la participation des opérateurs

promouvant et/ou intervenant dans les actions régionales et locales de prévention des conduites addictives à l'élaboration des programmes régionaux de santé publique (PRSP) en concertation avec les groupements régionaux de santé publique (GRSP) ;


- une véritable harmonisation des procédures d'instruction des appels à projets de prévention pour les PRSP : thématiques, cahiers des charges, modalités d'évaluation, etc., de manière à ce qu'ils soient analogues quels que soient les régions et l'échelon territorial en vue de faciliter les mutualisations, les comparaisons, la capitalisation des expériences et l'égalité d'accès de nos concitoyens à la prévention ;

- une véritable transparence des décisions prises par les GRSP reposant sur des critères d'éligibilité des actions de prévention et des opérateurs clairement définis et connus de tous les intervenants, tant pour la phase d'appel des projets que pour les notifications budgétaires ;

- une stabilisation et une optimisation de l'organisation et du fonctionnement de la prévention de proximité par l'apport des moyens nécessaires à son efficacité et à sa cohérence, ainsi que par le développement de la mutualisation ;

- une poursuite rapide et décisive des travaux engagés à partir de la « Mesure 15 » et relatifs aux modalités de financements pluriannuels et au référentiel qualité des actions de prévention.

Conclusion

Une conception médicalisée de la prévention, centrée sur le risque maladie et soutenue par une organisation référée à la démarche curative et individuelle, a conduit à mettre au second plan ce qui doit pourtant constituer la finalité principale de la prévention primaire : la santé et le développement des conditions qui lui sont le plus favorables, notamment quand il s'agit de favoriser la modification de comportements dommageables. La question de la santé n'est pas que d'ordre médical, elle relève aussi du champ social et éducatif. Méconnaître ces dimensions jusqu'à ne pas organiser suffisamment et clairement le dispositif territorial de prévention de proximité et ne pas donner les moyens à des professionnels éducatifs et sociaux, formés et compétents, d'exercer ces missions est source d'incohérences, de perte d'efficacité et d'inefficience de la politique de santé publique. Cela fait ensuite supporter au curatif – à des coûts non évalués – des missions que d'autres acteurs peuvent conduire en amont... de manière préventive, c'est-à-dire à moindre coût humain et social. Il est plus que temps, pour l'éducation à la santé en général et la prévention des addictions en particulier, de promouvoir un véritable dispositif de prévention de proximité territorialisé et financé s'appuyant sur des stratégies et des outils validés et des opérateurs reconnus. 

5. Ministère de la Santé et des Solidarités, États généraux de la prévention. Cinq priorités et quinze mesures pour donner un nouvel élan à la politique de prévention, 3 janvier 2007.

