



# **ASSISES RÉGIONALES DE LA PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES**

**25 et 26 novembre 2002**

**HÔTEL DE VILLE  
MAIRIE DE PARIS**

**Compte-rendu et  
synthèses des ateliers**

**Fédération Française d'Addictologie  
20, rue Saint Fiacre  
75002 PARIS**

# **LES ASSISES REGIONALES DE LA PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES**

**Organisées par la Fédération Française d'Addictologie avec le soutien de :**

- **la Mission Interministérielle de Lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT)**
- **Conseil Régional région Ile de France**
- **DRASSIF**
- **Laboratoire Merck Lipha Santé**

Et avec le concours de la Mairie de Paris

***La Fédération Française d'Addictologie réunit des associations de professionnels du soin et de la prévention afin de créer un lieu d'échanges, de développer leurs moyens d'action, d'améliorer la formation, la recherche et les interventions dans tous les domaines des addictions.***

## **COMITÉ RÉGIONAL D'ORGANISATION :**

**Jeanne CLÉMENT (ANPA)  
Jean-Pierre COUTERON (ANIT)  
Éric HISPARD (SFA)  
Mélanie KING (ANIT)  
Catherine PÉQUART (ANIT)**

**Associations fondatrices : Association Nationale des Intervenants en Toxicomanies, Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme, Société Française d'Alcoologie, Société de Tabacologie.**

**Associations membres : ELSA, AFR, APECAPP, CNUEA, F3A, SAF, SPST, G&T, IREMA.**

**Association affiliée : Alcool Assistance « la Croix d'Or »**

# PROGRAMME

## Première journée :

**9h :** Accueil  
**9h30 :** Plénière  
Accueil Mairie de Paris  
Présentation des  
journées Dr. Alain Morel,  
président de la FFA  
**10h :** Ateliers  
**13h :** Pause déjeuner  
(à l'Hôtel de Ville)  
**14h :** Ateliers  
**17h :** Fin de la journée

## Deuxième journée :

**9h30 :** Ateliers  
**13h :** Pause déjeuner (*libre*)  
**15h :** Plénière : restitution du  
travail des 6 ateliers  
**17h :** Clôture des journées

## LES ATELIERS

### **MODIFIER LES COMPORTEMENTS**

#### Atelier N°1 :

**Prévenir l'usage, les pratiques dites de prévention Primaire**  
(Bernadette Hervy, Dr. Anne Borgne, Dr. Michel Craplet)

#### Atelier N°2 :

**Prévenir les conséquences de l'usage, les pratiques dites de prévention  
secondaire** (Dr. Philippe Michaud, Jean-Lou Valette, Paolo Antonelli)

### **AGIR SUR LES DÉTERMINANTS PSYCHOSOCIAUX**

#### Atelier N°3 :

**Intervenir sur les déterminants psychiques** (Claude Orsel, François Hervé,  
Sébastien Reichman)

#### Atelier N°4 :

**Intervenir sur les déterminants culturels et sociaux** (Ramon Neira, Joao  
Fatela, Michel Fillartigue, Baptiste Cohen)

### **RÉDUIRE LES DOMMAGES**

#### Atelier N°5 :

**Réduire les risques liés aux circonstances de consommation et aux  
situations de vulnérabilité** (Dr. Véronique Thépot, Jean-Marc Le Hunsec, Dr.  
Anne-Marie Simonpoli)

#### Atelier N°6 :

**Réduire les risques liés aux modes de consommations** (Valère Rogissart,  
Anne Coppel, Pr. Sylvain Dally)

# POURQUOI DES ASSISES REGIONALES DES PROFESSIONNELS DE LA PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES ?

**Docteur Alain Morel**  
**Président de la Fédération Française d'Addictologie**

Tout d'abord, merci à toutes et tous, professionnels venus des champs de l'alcoologie, de la tabacologie, de l'intervention en toxicomanie, professionnels venus des secteurs de l'éducation à la santé, de l'Éducation Nationale, des actions locales de prévention, des soins ou d'autres secteurs impliqués directement dans la prévention.

Merci à tous d'avoir accepté de jouer le jeu du dialogue et de la volonté de construire, ensemble, pour améliorer nos pratiques.

Précisément, la F.F.A. est née de cette volonté de rapprochement et de dialogue permanent. Volonté qui a d'abord été celle de 4 associations (SFA, ANPA, ANIT, ST), particulièrement convaincues de la nécessité et de l'intérêt pour tous de réaliser cette convergence et de développer des collaborations étroites.

La Fédération a été créée en avril 2001, et, depuis, les 4 associations fondatrices ont été rejointes par 10 autres associations professionnelles nationales.

C'est dire que la F.F.A. a acquis, dès sa naissance, une indéniable représentativité, et que sa création a constitué un événement symbolique de grande importance pour le développement de l'addictologie dans notre pays.

Mais la F.F.A n'est pas qu'un symbole, elle se veut aussi un instrument actif pour démultiplier les interactions et les synergies entre ses membres.

Ces interactions figurent au premier plan de ses objectifs qui comportent deux maîtres mots : **mise en commun** et **coordination**.

Remarquons tout de suite que nous sommes loin de toute idée de fusion ou d'amalgame, et que le respect des différences est inscrit en filigrane de tous nos textes fondateurs.

Mais, plus concrètement, comment se déclinent ces objectifs ? Nous avons choisi pour l'instant 3 directions d'action :

- La mise en place de groupes de travail inter-disciplinaires.
- L'organisation de manifestations scientifiques.
- La conception et la réalisation de programmes d'enseignement, de formation et de recherche.

Le domaine de la prévention s'est évidemment imposé comme un domaine prioritaire de rencontre et de coopérations. J'y reviendrai.

Mais nos travaux se sont aussi orientés vers d'autres questions, comme celles :

- des législations en matière de consommation de substances psychoactives,
- de la recherche et de l'enseignement en addictologie,
- du rapprochement des différentes revues,
- de l'organisation d'une grande conférence francophone en 2004 ou 2005.

Pour communiquer avec nos membres (si l'on additionne tous leurs adhérents, cela représente au moins 4 à 5000 personnes) nous allons prochainement ouvrir un site Internet.

Mais, je vais arrêter là la description rapide de ce qu'à fait la F.F.A..

Permettez-moi, avant de revenir sur la démarche qui a présidé à l'organisation de ces Assises, de m'attarder quelques minutes sur ce qui est la raison d'être de la F.F.A., à savoir le développement de l'addictologie.

## **L'addictologie : donner force à notre fonds commun**

Nous avons voulu une structure commune car il nous est apparu indispensable de créer **un lieu permanent d'échanges et de réactualisation de notre fonds commun.**

Ce fonds commun, nous le retrouvons à travers l'histoire de nos différents secteurs cliniques et institutionnels, particulièrement ceux de l'alcoologie et de la toxicomanie. Ce qui frappe dans cette histoire parallèle, même si les paradigmes ou les ruptures fondatrices ne sont pas exactement les mêmes, c'est la similarité des enjeux éthiques, des enjeux de santé publique et des enjeux législatifs et politiques.

De l'histoire et des combats à l'origine de la constitution de nos différents secteurs émerge en effet ce fonds commun qui peut se résumer en deux points :

- D'abord, face à la violence du rejet social dont ont été (et sont encore) victimes les personnes cataloguées « alcooliques » ou « toxicomanes », s'est imposée en alcoologie comme dans l'intervention en toxicomanie, **un attachement indéfectible à la défense de la liberté des personnes et de leur dignité, de leur citoyenneté.** La volonté de combattre toutes les formes de ségrégation, en particulier ces ségrégations et ces exclusions du quotidien, légitimées par de pseudo-diagnostics comme ceux de psychopathes, d'alcooliques ou de drogués. Ce combat contre l'obscurantisme et contre la négation de l'individu, de ses choix personnels et de sa souffrance, a marqué cette histoire parallèle. Si nous l'avons mené longtemps séparément, aujourd'hui nous devons le mener ensemble. Car il semble bien que ce combat puisse redevenir d'actualité - si tant est qu'il avait perdu de cette actualité.

- Le second point fondamental sur lequel nous nous retrouvons, c'est un attachement – tout aussi indéfectible – à **une approche globale**, c'est-à-dire **pluridimensionnelle, bio-psycho-sociale**. Une approche tout simplement humaine qui refuse de réduire l'individu, le sujet, à son comportement ou à la substance qu'il consomme, dont il abuse ou dont il est dépendant. Une conception qui refuse de dichotomiser le Bien et le Mal à travers des substances qui les incarneraient. Tous les professionnels retiennent à présent comme une donnée essentielle la distinction à faire moins entre les substances qu'entre leurs usages : usages simples, usages nocifs ou usages de dépendance.

Sur ce fonds commun, sur cette base, l'addictologie ouvre un champ qui permet de dépasser, de déconstruire même, les vieilles cloisons de la pensée et de l'action, pour laisser libre cours à un dialogue nouveau et créer des espaces de réflexion, de confrontation et de recherche. De ce point de vue, si l'addictologie est apparue comme une mode ces dernières années, il semble bien qu'à présent, elle devienne un combat.

L'addictologie représente pour nous plus qu'une discipline scientifique et elle ne saurait être ramenée à une doctrine ou à une chapelle : il s'agit d'un vaste domaine d'investigation qui n'appartient à aucune discipline – fut-ce-t-elle médicale - et qui n'efface pas les spécificités, mais qui stimule la transdisciplinarité, les échanges et les pratiques novatrices.

Nous voici parvenus à ce qui nous réunit aujourd'hui dans ces Assises, car c'est bien cette volonté qu'elles veulent traduire.

## **La prévention : un chantier prioritaire**

La prévention des conduites addictives s'est imposée, je l'ai déjà évoqué, comme **le premier chantier à mener en commun**.

D'abord parce qu'il s'agit d'un très grand domaine où, nous le savons bien, nos spécificités s'effacent au profit de multiples facteurs influençant les comportements humains, la prise de risque, mais aussi la recherche de plaisir ou de mieux-être.

Ensuite, parce qu'il s'agit d'un domaine où la richesse et le foisonnement des actions s'accompagnent d'une grande dispersion et d'un impact qui apparaît bien faible sur les comportements à risque.

Pourtant, la prévention des conduites addictives devrait être un axe prioritaire pour la santé publique. Ce n'est pas une clause de style : la consommation des SPA pèse effectivement très lourdement sur la morbidité et la mortalité de la population.

Dans le cadre de la consultation régionale en vue de l'élaboration de la loi de programmation quinquennale en santé publique, l'Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France présentait récemment une étude sur l'état de santé des Franciliens (ces chiffres sont tout à fait comparables dans les autres régions) dont il ressort des points très intéressants pour notre domaine.

- Les niveaux de mortalité prématurée (avant 65 ans) sont très préoccupants (19 000 décès par an en Ile de France).
- Dans cette mortalité, le tabac et l'alcool présent pour près de 30 % chez les hommes, environ la moitié (15 %) chez les femmes (mais parmi ces dernières la progression de la mortalité par cancer du poumon est fulgurante : + 100 % en seulement 3 ans, signe de l'augmentation de la consommation de tabac chez les jeunes filles).
- Il apparaît également que les consommations multiples constituent des co-facteurs pour de nombreuses pathologies somatiques.
- La participation de l'usage des drogues illicites n'est pas mesurable aujourd'hui et elle est probablement moindre car la prévalence des consommations est nettement inférieure. Toutefois, le sida a affecté très sensiblement la mortalité des moins de 45 ans, et si cette mortalité est en baisse ces dernières années, cela est incontestablement le fruit de la politique de prévention des dommages (« réduction des risques ») entreprise depuis une dizaine d'année. En revanche, la morbidité liée à l'hépatite C poursuit son développement.
- La forte prévalence de morbidité due aux cancers, aux troubles psychiatriques et aux maladies cardio-vasculaires, laisse apparaître là aussi l'impact sur la santé publique des abus de substances psychoactives.
- L'insécurité routière et ses conséquences sanitaires est aussi en grande partie liée aux consommations de substances psychoactives, en particulier celles d'alcool et, dans une moindre mesure, celles d'autres produits (cannabis, médicaments psychotropes) souvent associés.

Les conduites addictives sont donc l'un des principaux facteurs de mortalité et de morbidité, et l'un des seuls qui dépende directement du comportement individuel et collectif. Et qui peuvent donc être modifiés par la prévention.

**Il s'agit donc d'un enjeu de premier ordre pour la prévention.** Il devrait susciter toute notre attention et la mobilisation de toute la société.

## **Redonner de la cohérence**

Tout le monde est d'accord au moins sur ce point à propos de la prévention : ce dont elle souffre le plus, et ce qui la rend si peu, si mal efficace, c'est **le manque de cohérence**.

« Fédérer », « re-liaison », « coordonner », « articuler », tels sont les mots que l'on entend le plus ces dernières années dans les rencontres de professionnels impliqués dans la prévention.

A contrario, nombreux sont ceux qui dénoncent les discordances, les contradictions voire les hypocrisies de la politique de prévention dans notre pays. Celles-ci jettent en effet un discrédit sur toutes les actions. Les exemples sont innombrables. Vous en avez tous présents à l'esprit.

Or tout pédagogue vous le dira : ce qui porte atteinte le plus fondamentalement à toute entreprise éducative, c'est bien l'incohérence des messages explicites et latents, et les incohérences de ceux qui les portent.

Chacun en rit, le regrette ou s'en offusque... mais cela ne suffit pas : il faut essayer de comprendre les sources de ces incohérences, et tâcher de les surmonter autant que faire ce peut. Voilà pourrions-nous dire la finalité de ces assises : faire reculer l'incohérence. Voici peut-être notre mission.

Comment y parvenir ?

En travaillant d'abord ensemble **sur des définitions communes** qui portent en premier lieu sur **les principes de base** qui guident l'idée d'intervenir « avant », et qui portent aussi sur **l'objet** de cette intervention : la menace, les dangers, les risques que nous voulons éviter ou réduire.

Cela nous conduit d'emblée dans 2 directions distinctes bien que très liées et à mener sans doute parallèlement :

- D'abord **la définition d'une politique commune** qui permette de mobiliser l'ensemble des ressources (l'État, la société civile et ses organisations), sur des objectifs cohérents et adaptés.
- Et puis, **définir les caractéristiques déontologiques et techniques d'un référentiel** de base pour garantir aux actions un minimum d'efficacité ou d'efficience.

Nous avons un terrible besoin de progresser sur ces deux voies, tant notre retard est grand.

La première voie (la politique de la prévention) est à mener par les responsables politiques, en concertation avec les professionnels. C'est ce que nous attendons du projet élaboré avec la MILDT d'États Généraux nationaux de la prévention des conduites addictives.

La seconde voie (le référentiel de « bonnes pratiques ») est à élaborer principalement par les professionnels, avec leurs partenaires.

Pour progresser dans ces deux voies, nous avons besoin d'un début de langage commun. Ces Assises constituent en quelque sorte les préliminaires, les défrichages indispensables pour contribuer à ce langage commun et pour introduire cette double démarche.

Si de définir un référentiel commun n'est pas l'objet immédiat de ces Assises, cela est en revanche la finalité de la démarche entreprise. Mais levons tout de suite tout malentendu à ce sujet.

Il ne s'agit pas d'instaurer je ne sais quelle « pensée unique », mais de se donner ensemble différents points de repère, tenant compte des savoirs acquis et de l'expérience, pour progresser ensemble. Référence – référer – c'est se rapporter à,



s'appuyer sur, tel l'arbitre – referee en anglais – qui constitue un tiers, digne de confiance et au-dessus des conflits d'intérêts.

Pour aller vers des références communes, il faut **des élaborations communes**, c'est-à-dire **rechercher l'appropriation collective** de ces repères.

La tâche est ardue car le domaine est complexe, mais on ne part pas de rien : les expériences sont multiples et riches, vous allez pouvoir en témoigner et en tirer des lignes de force pour notre démarche.

Il faut en identifier les obstacles. Il ressortent de deux types d'écart que nous aurons certainement à réduire pour rendre la prévention plus efficace :

- Écarts au sein des professionnels, diversité des approches des addictions.
- Écarts encore plus importants entre nos approches et les représentations de la société civile, de l'opinion et des décideurs.

Le chantier est de taille, mais les enjeux également. Le travail réalisé durant ces Assises est donc d'une grande importance.

Merci en tout cas de contribuer par votre engagement et vos échanges à nous faire tous progresser dans ce domaine de la prévention.

Bon travail.

# **ARGUMENTAIRES DES ATELIERS**

## Argumentaire de l'atelier de réflexion n°1

### **PRÉVENIR L'USAGE ; LES PRATIQUES DITES DE PRÉVENTION PRIMAIRE**

Nous avons considéré que la prévention primaire doit être une prévention globale dont nous proposons la description suivante :

- La prévention est globale, lorsqu'elle dépasse l'action au niveau d'un produit pour s'intéresser à l'ensemble des risques courus par un sujet, non pas réduit au seul état de buveur, de fumeur, de consommateur de drogue... mais considéré comme une personne vivante soumise à tous les aléas de la vie.
- La prévention est globale lorsqu'elle inclut l'information individuelle du spectateur devant son poste de télévision aussi bien que l'action communautaire.
- La prévention est globale lorsqu'elle touche l'ensemble de la population de manière cohérente, sans qu'aucun groupe ne soit maladroitement visé par une "chasse aux buveurs, aux fumeurs..." montrant du doigt les problèmes... des autres toujours, pour esquiver ses propres responsabilités. La notion de "groupe à risque", souvent dénommé de façon révélatrice "groupe cible", est dangereuse. Il ne convient pas de stigmatiser ou marginaliser un groupe en proposant des actions de prévention sectorielles. Il vaut mieux utiliser la notion de "situation à risque".
- La prévention est globale, lorsqu'elle comprend des mesures de contrôle, l'information grand public, l'éducation à la santé donnée individuellement et la formation de personnes-relais qui pourront diffuser et traduire les idées des spécialistes dans le vocabulaire et la sensibilité des groupes avec lesquels ils auront à travailler. La prévention globale associant le contrôle et l'éducation permet à la fois de diminuer la présence du risque et les conséquences dangereuses lorsque le risque est couru.

Les pratiques de prévention primaire comprennent des actions générales et des actions de terrain. Elles doivent tenir compte de l'environnement politique, légal (législatif et réglementaire), social et culturel.

« Pour une prévention humaine »

La prévention globale refuse les modèles psychopathologiques simplistes. Le passage de la consommation sans problème à l'excès et à la dépendance n'est pas seulement une affaire de fragilité individuelle, comme certains discours médicaux ou psychologiques le laissent entendre. Il ne suffit pas non plus de dire que la drogue produit la misère ou que la misère utilise la drogue, comme certains discours sociaux le prétendent. Nous savons qu'il faut insister sur les interactions entre les vulnérabilités individuelles et les conditions socio-culturelles.

Il nous semble que, même dans le domaine de la prévention, il faille garder une certaine modération. Il nous semble que la prévention doit être une invitation à vivre, sans gommer la souffrance ni la mort : ne pas boire d'alcool et conduire prudemment ne rend pas immortel, il faut le dire dans les actions de prévention pour ne pas entendre le public nous le dire. Nous savons aussi que pour légitimer le discours sur le risque, il faut avoir parlé du plaisir des conduites incriminées : c'est un *préliminaire* nécessaire pour que le discours sur la prévention soit entendu - et même écouté - et pour que puisse être abordé aussi le plaisir de courir les risques. La prévention doit souvent acquérir une dimension nouvelle qui tienne compte de l'irrationalité de l'homme, de la dimension inconsciente inexprimée, inexprimable, en utilisant les émotions et pas seulement la raison, en particulier bien sûr à propos des produits modifiant la rationalité.

Nous partirons de l'idée que dire (expliquer, favoriser le dialogue... ) ne suffit pas, mais qu'il faut parfois interdire ou réglementer (la production, la vente, la publicité et autres formes de valorisation, la consommation...) Pour soutenir cela, dans le domaine de la prévention alcool en particulier, nous nous appuyons sur les études d'évaluation qui ont pu démontrer l'efficacité seulement pour les méthodes de contrôle de l'offre d'alcool (par des mesures réglementant la disponibilité et le prix des boissons par exemple).

- Ceci ne veut pas dire que les méthodes agissant sur la demande sont inefficaces, mais peut être seulement qu'elles ne sont pas évaluables.
- Ceci ne veut pas dire non plus qu'il faut mettre en œuvre sans discussion les mesures de contrôle qui se sont révélées efficaces dans un certain contexte.

L'objectif de l'atelier sera, en particulier, de répondre aux questions suivantes :

- Comment expliquer la complexité ? Quels outils peuvent le mieux illustrer le modèle bio-psycho-social des conduites addictives pour aider à sortir de certains discours idéologiques réducteurs.
- La prévention doit-elle faire peur ou faire sourire, ou les deux et dans quelle proportion ?
- Comment faire pour ne pas stigmatiser les jeunes dans les actions « ciblées » sur eux, s'il faut en faire ?
- Comment aller au-delà de la « prévention-Canadair » pour installer dans les lieux d'enseignement une prévention durable. La prévention en entreprise (avec ses comités de pilotages et ses groupes relais) peut-elle servir de modèle ?
- Peut-on collaborer avec les producteurs de substances ou de pratiques addictives ?
- Dans quelles conditions les anciens malades peuvent-ils participer aux actions organisées par les professionnels de la prévention ?

## Argumentaire de l'atelier de réflexion n°2

### **PRÉVENIR LES CONSÉQUENCES DE L'USAGE ; LES PRATIQUES DITES DE PRÉVENTION SECONDAIRE**

Les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire relèvent avant tout d'une modélisation de type médical : ce modèle s'applique-t-il - et de la même façon - à tout type de consommation et de dépendance, indépendamment du produit consommé, de son utilisation et de ses conséquences à court, moyen et long terme ?

Comment articuler ces distinctions - qui supposent, classiquement, la distinction entre des publics (« cibles ») non concernés directement et des publics déjà ou très concernés - avec les différents objectifs que chaque forme de prévention présuppose (ne jamais rien consommer, consommer d'une façon modérée et/ou contrôlée, éviter les conséquences dommageables d'une dépendance) ?

La prévention basée sur un objectif d'abstinence ne paraît pas (plus) opérante et il est de plus en plus difficile de se baser sur de simples messages mettant en avant la question de la dissuasion, de l'interdit et du danger.

Il s'agirait alors plutôt d'être dans une dimension d'évaluation et d'appréciation de la part du risque qu'une consommation comporte et de l'éventuelle part de « protection » qu'une expérimentation contrôlée implique.

Ainsi, la consommation d'un produit constitue-t-elle un risque en soi ? Et ce risque, est-il individuel (vulnérabilité individuelle), est-il lié aux situations et/ou aux modes d'usage (qualité et quantité des produits) ? Où commence le risque, quand et pour quelles raisons sommes-nous amenés à parler de risque ? À propos de quels produits ?

Parler et (re)définir la prévention secondaire implique aussi de se poser la question des « contenus secondaires », des « outils secondaires », d'une « information secondaire », devant permettre de diminuer l'émergence des dommages chez des personnes ayant déjà une expérience de consommation.

La question du « repérage précoce » - avec son cortège de problèmes éthiques et techniques - apparaît ici dans toute sa pertinence et complexité : quoi repérer ? Qui doit repérer, dans quel but et avec quelle compétence ?

Au cours de cet atelier, il conviendra donc :

- de chercher à définir les dangers, les risques sanitaires et sociaux, aigus et chroniques, qualitatifs et quantitatifs, se rattachant à la triade : « Produit – Comportement – Situation » ;
- de chercher à définir et éclaircir les prémisses et les postulats des actions de prévention dans le cadre de la « prévention secondaire » : question de la loi,

de l'interdit et de la norme, notion de responsabilité individuelle, distinction entre les « risques sanitaires » et les « risques sociaux et citoyens » ;

- de chercher à « identifier » et « repérer » les individus et les groupes à risque, la place de l'expérimentation en tant que facteur de risque potentiel et/ou réel ou en tant que facteur protecteur ;
- de chercher à préciser les modalités et les contenus des interventions et des actions : spécificité ou non par rapport aux différents produits, aux différentes consommations, au contexte général relatif au risque ; prévention spécifique et/ou prévention généraliste ; lien et relation de la prévention avec le soin ;
- de discuter des outils de prévention et des outils d'évaluation des actions de prévention ;
- de chercher à définir et déterminer les « compétences » des acteurs de prévention : leur identité ou appartenance professionnelle, leur statut et fonction (secteur socio-sanitaire, ordre public, bénévoles et volontaires, etc.) ; leur formation ; leurs terrains et domaines d'intervention.

## Argumentaire de l'atelier de réflexion n°3

### **INTERVENIR SUR LES DÉTERMINANTS PSYCHIQUES**

Nous tenterons de structurer les débats autour de quatre axes de réflexion :

- Y a-t-il toujours des « déterminants psychiques » dans les consommations de substances psychoactives (et selon qu'il s'agit dans la « carrière » de la personne dépendante d'une phase d'expérimentation, d'usage, ou de dépendance) ? En d'autres mots, quelle est la place du psychologique si l'on considère la dépendance aux substances psychoactives comme une maladie chronique ayant une causalité multifactorielle (bio-psycho-sociale), et les comportements d'addiction comme des symptômes ? Qu'en est-il des consommations qui n'entrent pas dans un contexte de dépendance mais qui n'en sont pas moins problématiques (abus, usages nocifs) ? Qu'est-ce qui, dans le domaine psychologique, peut influencer sur le processus addictif ?
- Une approche qui se veut à la fois psychodynamique et intégrative de données issues de sciences biologiques, sociales et de la théorie des systèmes, définit les troubles addictifs comme une forme d'auto-médication. Selon cette hypothèse c'est par-dessus tout la souffrance du sujet, et non pas la recherche de plaisir ou les tendances auto-destructives, qui est à la racine des addictions. Des recherches concernant le développement affectif de l'enfant suggèrent, d'autre part, que l'expérience affective des personnes dépendantes est douloureuse non seulement parce que les émotions éprouvées sont intenses et écrasantes, mais également parce que ces émotions sont souvent absentes, non-reconnues en tant que telles, n'ayant pas accès au langage. Comment reconnaît-on la souffrance d'un sujet ? Quelles sont les expériences pratiques de « repérage » ?
- Comment aide-t-on le sujet à reconnaître sa souffrance, et le pourquoi des difficultés à l'énoncer ? Quelles propositions préconisez-vous pour favoriser la prévention de la non-reconnaissance et/ou de la non-réponse à cette souffrance impliquant fréquemment des traumatismes précoces et des troubles du développement de l'enfant et de l'adolescent ?
- Comment intervenir sur ces difficultés psychologiques ? Existe-t-il des modes d'approche plus efficaces que d'autres et dans quels cas ? Par qui mettre en œuvre ces modes d'intervention, dans quel contexte et avec quels moyens ?

## Argumentaire de l'atelier de réflexion n°4

### **Intervenir sur les déterminants culturels et sociaux**

Chaque demi-journée sera animée par un des membres du trinome constitué. Chacun d'entre eux ayant choisi quelques intervenants "ressources" pour alimenter la discussion de l'ensemble des participants à cet atelier.

### **Matinée du 25/11/2002**

*Animateur* : Michel FILLARTIGUES (IREMA)

*Modérateur* : Joao FATELA (Parcours 75)

L'air du temps, les dernières campagnes publiques de prévention sur la sécurité routière et les consommations de produits psychotropes au volant, mais aussi les enseignements tirés d'expériences professionnelles de prévention alcool en entreprise m'ont incité à me demander avec vous « Peut-on prévenir sans menacer ? », Y aurait-il donc une « pédagogie de la peur ? »

Le verbe « prévenir », le substantif « prévention » et le passif « prévenu » ouvrent sur une polysémie intéressante d'où la menace n'est pas absente.

Par exemple, parmi les entreprises qui décident d'une politique d'un plan de prévention des risques liés aux divers usages de l'alcool, notre pratique nous montre que plus l'entreprise forme l'encadrement au management des dysfonctionnements liés à l'alcool, plus la prévention est efficace.

Les visées préventives prennent appui lors des entretiens de recadrages grâce aux limites posées, d'autant plus efficacement que le risque de sanction, puis à la longue de perte d'emploi sont vraisemblables.

Nous en arrivons donc à cette conclusion inconfortable, la perspective crédible mais donc « menaçante », de perdre son emploi, agit de manière plus déterminante sur l'efficacité de la prévention des risques alcool.

Ce constat issu du terrain, est-il valable pour d'autres substances psychoactives, ou bien les rappels à la réalité fonctionnent-ils uniquement pour un produit, l'alcool, jugé culturellement indispensable, et dont finalement la société ne prévoit pas de se priver ?

Plus largement, le débat pourrait s'organiser autour de la nécessité et la pertinence des cadres et de la loi, avant d'augmenter la « pédagogie de la peur ».

Ne faut-il pas d'abord reconnaître la nécessité des usages, donc le respect de la personne avant toute action de prévention quelque soit sa finalité et son contenu ?



## **Après-midi du 25/11/2002**

*Animateur* : Baptiste COHEN (Drogues alcool tabac info service)

*Modérateur* : Michel FILLARTIGUES (IREMA)

La prévention, comme la politique, est une manière de s'intéresser au monde, aux personnes, aux responsabilités, à la qualité de vie. Elle a pour objet :

. La compréhension des risques liés aux comportements de l'homme et à son environnement.

. L'expression des raisons qui expliquent que l'on cherche à les éviter ou à les réduire (raisons philosophiques, économiques, sociales, religions...).

. La recherche et l'identification de moyens, d'outils, de manières de faire.

En ce qui concerne les déterminants culturels et sociaux, l'objectif serait :

. De souligner la complexité et la diversité de ces déterminants.

. De rappeler l'intérêt d'une approche globale de l'ensemble des consommations de substances psychoactives ; approche qui donne un caractère très concret à l'identification et à l'analyse des déterminants socioculturels des consommations et des risques qui y sont liés.

. De rappeler que l'action sur les déterminants culturels et sociaux a toutes les caractéristiques de l'action politique : elle nécessite le débat, elle suppose le respect des différences de point de vue, elle nécessite des objectifs à long et à court terme, elle met à un niveau élevé de priorité la protection des plus faibles, le respect des libertés, l'intérêt général, elle appelle nécessairement l'arbitrage démocratique...

. De rappeler que l'existence des déterminants culturels et sociaux ne doit pas masquer la réalité des responsabilités individuelles et personnelles : pour cela les acteurs de la prévention doivent expliciter avec beaucoup de précision ce que sont les risques, les petits et les grands, les risques à court et à long terme, les risques pour tous et les risques pour les plus vulnérables, les risques spécifiques aux produits, aux modes d'usage, aux circonstances... et ne pas se substituer à ceux qui ont pour rôle de voter des lois, de les faire appliquer, d'éduquer les enfants et les jeunes...

## **Matinée du 26/11/2002**

*Animateur* : Joao FATELA (Parcours 75)

*Modérateur* : Baptiste COHEN (Drogues alcool tabac info service)

Le travail d'insertion auprès des toxicomanes révèle une forte incidence de certains facteurs sociaux et économiques sur la sortie de la toxicomanie, du fait qu'ils réactivent

des ruptures parfois très anciennes (familiales, scolaires, professionnelles... ) dans la trajectoire de la personne. Comment peut-on en tenir compte dans les pratiques de prévention des conduites addictives, y compris au niveau de leur régulation (prévention des rechutes) ?

La réponse déterminée par ces facteurs relève avant tout des politiques publiques sur des plans aussi divers que l'emploi, la scolarité, l'habitat, l'urbanisme, etc... Comment les pratiques de prévention intègrent-elles cette dimension notamment sur le plan local ?

Des études récentes sur la micro-économie de la drogue ont mis en évidence le lien de certaines formes de deal (et d'usage) avec des stratégies de survie, elles-mêmes inscrites dans des pratiques de sociabilité à fort ancrage territorial. Comment les pratiques de prévention se situent-elles par rapport à ce phénomène ?

L'appel à l'autonomie et à la performance - idéal promu par nos sociétés individualistes - a des incidences lourdes sur la vulnérabilité individuelle, comme l'illustre la consommation croissante de substances, psychoactives licites ou illicites. A partir de ce constat, quelles réflexions pouvons-nous tirer en termes de prévention ?

La société française se caractérise par un brassage de populations de différentes origines ethniques. Cette réalité exige-t-elle des pratiques de prévention différenciées ? Dans ce cas, comment ?

## Argumentaire de l'atelier de réflexion n°5

### **RÉDUIRE LES RISQUES LIÉS AUX CIRCONSTANCES DE CONSOMMATION ET AUX SITUATIONS DE VULNERABILITE**

La consommation de produits psychoactifs fait partie d'un mode de fonctionnement social de plus en plus fréquent.

Il existe au cours de la vie des circonstances/situations particulières qui accroissent la vulnérabilité de l'individu et/ou de son entourage.

Nous vous proposons dans cet atelier d'y réfléchir à partir des questionnements suivants :

- 1 COMMENT DEFINIR CES SITUATIONS (conduite, travail) OU CES ETATS DE VULNERABILITE (précarité, maladies somatiques et psychologiques, grossesse,...) ?
  - 1.1 Quelle différence lors de l'utilisation/l'usage de produits au statut légal différent ?
  - 1.2 Sur quels arguments **défini-on la vulnérabilité** (scientifiques, légaux, humanitaires, ...) ?
  - 1.3 Comment repérer **ces populations** ?
  - 1.4 - **Comment aider les usagers à intégrer leurs risques** ?
  
- 2 COMMENT REpondre AUX NECESSITES DE LA PREVENTION DANS CES DIVERSES SITUATIONS ?
  - 2.1 **Selon la place que l'on a dans le dispositif médico-social, éducatif, législatif (soignant, surveillant...)** à quel moment intervient-on ?
  - 2.2 Quels sont les cadres qui nous limitent, qui nous soutiennent (législatifs, scientifiques, éthiques, philosophiques...) ?
  - 2.3 Comment articuler l'intérêt individuel de l'utilisateur et les intérêts collectifs ?
  
- 3 QUELS PARTENARIATS DOIVENT ETRE SOLLICITES, DANS QUEL BUT ?
  - 3.1 Quelle est la pertinence de ces partenariats (sur quels fondements communs s'élaborent-ils, dans quel cadre et pour quelle plus-value) ?
  - 3.2 Quelles sont les ressources (à valider/à développer) ?

#### 4 L'EVALUATION (POUR L'USAGER) DE LA PERTINENCE DE NOS INTERVENTIONS ET DE NOS PARTENARIATS AUPRES DE L'USAGER, AUPRES DE SON ENTOURAGE ET AUPRES DE LA COLLECTIVITE

L'Objectif de cet atelier est que chacun apporte, à partir de son expérience, les éléments de réponse à ces questions.

## Argumentaire de l'atelier n°6

### **RÉDUIRE LES RISQUES LIÉS AUX MODES DE CONSOMMATION**

Le concept de réduction des risques a été particulièrement fécond aussi bien dans le soin que dans la prévention de l'usage des psychotropes illicites : il a imposé de prendre en compte la réalité des pratiques et des risques.

Dans le cadre des Assises Régionales de la Prévention des Conduites Addictives, une réflexion sur l'évolution de ce concept et sur les conséquences pratiques qui en découlent en matière de prévention apparaît nécessaire d'autant que l'apparition de produits nouveaux amène à repenser différemment ce concept, notamment parce qu'à la différence des opiacés, les risques liés à l'utilisation des produits de synthèses ne découlent pas nécessairement d'une contamination ou d'un surdosage accidentel.

Adapter la prévention aux choix et aux possibilités de chacun, tel est l'enjeu d'outils tels que les programmes d'échange de seringues pour ceux qui ne peuvent, ne veulent pas renoncer à l'injection, les traitements actuels de substitution pour ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas renoncer à la consommation d'opiacés ou enfin le testing qui doit favoriser la demande d'information de ceux qui consomment des drogues de synthèse. En termes de traitement, la démarche consiste également à prendre en compte la réalité des changements à la fois souhaités et possibles. L'objectif du traitement de substitution est d'obtenir la stabilisation de la dépendance, l'amélioration immédiate de la santé et de la qualité de vie étant considérée comme des étapes nécessaires au contrôle de la dépendance.

Cette démarche peut-elle s'appliquer aux différentes addictions ? En termes de prévention, la consommation modérée d'alcool est bien préconisée mais une telle recommandation peut-elle s'appliquer à d'autres psychotropes et par exemple au tabac ? En termes de soin, on a aujourd'hui recours à des traitements de substitution pour le tabac mais ces traitements n'existent pas pour l'alcool. Peut-on proposer à une personne dépendante de l'alcool des stratégies de contrôle de la consommation lorsque les cures de sevrages aboutissent à des échecs répétés ? Comment enfin reprendre le contrôle d'une dépendance aux benzodiazépines ?

- Quelles peuvent être les caractéristiques communes à tous les psychotropes d'une démarche de réduction des risques et des dommages ?
- Quelles stratégies peuvent être expérimentées en fonction des différents psychotropes et des types de dépendance : psycho-stimulants, alcool, tabac, etc...
- Soins et prévention : quelles cohérences ? quelles limites ?

# **SYNTHÈSES DES ATELIERS**

## **ATELIER 1**

### **Prévenir l'usage : Les pratiques dites de prévention primaire**

La synthèse de l'atelier n° 1 ne semble pas avoir posé de problème aux participants qui n'ont pas contesté son contenu pas même sur l'affirmation que le champ d'action de la prévention primaire est l'addictologie, en considérant l'ensemble des substances (licites ou illicites).

C'est pourtant autour de ces notions qu'il a été le plus difficile de tomber d'accord au cours de l'atelier.

En effet, si d'emblée les participants ont noté le grand intérêt d'une rencontre entre professionnels d'origines très différentes autour de ce thème, ils en ont vite perçu les limites. L'approche de l'addiction ou même de la consommation de produit et donc de la prévention est radicalement différente que l'on vienne du domaine du soin, de la police ou du milieu éducatif. Les logiques d'approches divergent et parfois même ne se vivent pas du tout comme complémentaires (en effet quel peut être le discours de la police sur la tabacologie par exemple ?). Il y a eu dans cet atelier des moments de grande complexité et parfois quelques difficultés à admettre les points de vue différents.

Une phrase comme « une société sans drogue n'existe pas » peut être perçue par certains comme la porte ouverte à tous les excès par complaisance et complicité. Pour d'autres, dans leur logique professionnelle la limite à ne pas franchir se situe entre l'usage simple et l'abus, tandis que pour d'autres encore, elle se situe entre usage licite et illicite. Il n'est pas simple d'entrer dans la logique de l'autre.

Il n'y a jamais eu véritable blocage au cours de ces deux journées et l'intérêt de telles rencontres est avéré. Peut-être faudrait-il si d'autres rencontres devaient avoir lieu, mieux tenir compte des réalités professionnelles et par là des différences d'approche de la prévention primaire.

Il n'est pas question là de rechercher une unanimité et un consensus mais que les conditions soient réunies pour que chacun, de sa place professionnelle entende mieux ce que les autres ont à dire sur le sujet sans avoir le sentiment d'y « perdre » quelque chose mais dans le sens d'une cohérence ultérieure dans le discours sur la prévention.

### **LA PREVENTION PRIMAIRE**

Nous avons considéré que la prévention primaire de l'usage ou de l'usage nocif - selon

les cas et les circonstances - doit être une prévention globale dont nous proposons la description suivante :

elle dépasse l'action au niveau d'un produit pour s'intéresser à la personne, non pas réduite au seul état de buveur, de fumeur, de consommateur de drogue... mais considérée comme une personne vivante soumise à tous les aléas de la vie.

elle inclut l'information individuelle du citoyen soumis passivement à de nombreux messages souvent contradictoires aussi bien que l'action communautaire

### LA PREVENTION GLOBALE

- Touche l'ensemble de la population de manière cohérente, sans qu'aucun groupe ne soit maladroitement visé par une "chasse aux buveurs, aux fumeurs..." montrant du doigt les problèmes... des autres toujours, pour esquiver ses propres responsabilités. La notion de "groupe à risque", souvent dénommé de façon révélatrice "groupe cible", est dangereuse. Il ne convient pas de stigmatiser ou de marginaliser un groupe lorsqu'on propose des actions de prévention ciblées. Il vaut mieux utiliser la notion de "situation à risque".
- Comprend des mesures de contrôle, l'information grand public, l'éducation à la santé donnée individuellement et la formation de personnes-relais qui pourront diffuser et traduire les idées des spécialistes dans le vocabulaire et la sensibilité des groupes avec lesquels ils auront à travailler. La prévention globale associant le contrôle et l'éducation permet à la fois de diminuer la présence du risque et les conséquences dangereuses lorsque le risque est couru.
- Elle comprend des actions générales et des actions de terrain, s'inscrit dans l'environnement politique, légal (législatif et réglementaire), social et culturel et tient compte des vulnérabilités individuelles.

#### Pour une prévention humaine (1)

La prévention globale refuse les modèles psychopathologiques simplistes. Le passage de la consommation sans problème à l'excès et à la dépendance n'est pas seulement une affaire de fragilité individuelle, comme certains discours médicaux ou psychologiques le laissent entendre. Il ne suffit pas non plus de dire que la drogue produit la misère ou que la misère utilise la drogue, comme certains discours sociaux le prétendent. Nous savons qu'il faut insister sur les interactions entre les vulnérabilités individuelles et les conditions socio-culturelles.

#### Pour une prévention humaine(2)

La prévention doit être une invitation à vivre, sans gommer la souffrance ni la mort : ne pas boire d'alcool et conduire prudemment ne rend pas immortel, il faut le dire dans les actions de prévention pour ne pas entendre le public nous le dire. Les actions de prévention doivent donc garder une certaine modération.



Nous savons aussi que pour légitimer le discours sur le risque des conduites addictives, il faut avoir parlé des plaisirs éprouvés dans l'usage et l'excès (convivial, psychoactif, sensoriel...) : c'est un *préliminaire* nécessaire pour que le discours sur la prévention soit entendu - et même écouté - et pour que puisse être abordé aussi le plaisir de courir certains risques.

La prévention doit également acquérir une dimension nouvelle tenant compte de l'irrationalité de l'homme, de la dimension inconsciente inexprimée, inexprimable : les acteurs de prévention doivent utiliser les émotions et pas seulement la raison, en particulier bien sûr à propos des produits modifiant la rationalité.

### Pour une prévention efficace

Nous partirons de l'idée que dire (expliquer, favoriser le dialogue... ) ne suffit pas, mais qu'il faut parfois interdire ou réglementer (la production, la vente, la publicité et autres formes de valorisation, la consommation...) Pour soutenir cela, dans le domaine de la prévention alcool en particulier, nous nous appuyons sur les études d'évaluation qui ont pu démontrer seulement l'efficacité des méthodes de contrôle de l'offre d'alcool (par des mesures réglementant la disponibilité et le prix des boissons par exemple).

Ceci ne veut pas dire que les méthodes agissant sur la demande sont inefficaces, mais peut être seulement qu'elles ne sont pas évaluables.

Ceci ne veut pas dire non plus qu'il faut mettre en œuvre sans discussion et sans adaptation les mesures de contrôle qui se sont révélées efficaces dans des contextes particuliers.

### RECOMMANDATIONS : CHAMP D'ACTION

- L'atelier s'est appuyé sur la notion d'addictologie, en considérant l'ensemble des substances potentiellement addictives licites ou illicites.

### RECOMMANDATIONS : POPULATION CONCERNEE

- La prévention primaire s'adresse à tout public. Elle ne peut se limiter à agir sur des populations cibles passives ( ou quelquefois « captives ») mais plutôt tendre à captiver les audiences les plus diverses par des méthodes d'animation actives où le dialogue s'ajoutera à la « délivrance » d'informations validées par des organismes indépendants. Elle doit également valoriser le non-usage des produits, parfois en défendant les non-consommateurs et ne pas stigmatiser les usagers.

### RECOMMANDATIONS : LES INTERVENANTS

- Si la prévention est l'affaire de tous et si dans une société démocratique elle peut être proposée par tous, l'organisation et la réalisation d'actions de prévention doivent être confiées à des intervenants formés et indépendants des entreprises de production, de

vente et de promotion de substances, de produits et de pratiques addictives.

#### RECOMMANDATIONS : LES MESSAGES

- Il est souhaitable que les populations concernées par les campagnes participent à leur élaboration en particulier pour le choix du vocabulaire utilisé ; par exemple : « *fumer à 14 ans, c'est mortel!* » ne nous paraît adapté ni au vocabulaire ni à la psychologie des adolescents
- Les acteurs de terrain doivent être informés du contenu des campagnes grand public longtemps avant leur lancement afin de relayer les messages.

#### RECOMMANDATIONS : LES MODALITES (1)

- La création d'un comité de pilotage (regroupant les professionnels de la prévention et des représentants des populations concernées) est souhaitable.
- Tout projet doit partir d'un diagnostic précis prenant en compte l'origine de la demande et la population à laquelle on s'adresse.
- Ce diagnostic doit permettre de trouver une porte d'entrée qui facilite l'élaboration d'un projet à long terme incluant une formation de personnes relais et un suivi de l'action.

#### RECOMMANDATIONS : LES MODALITES (2)

- En prévention globale, il faut savoir prendre son temps pour :
- Le diagnostic
- L'élaboration du projet
- La formation des relais
- L'évaluation

#### RECOMMANDATIONS : EVALUATION

- L'évaluation quantitative des effets d'un projet de prévention primaire est la plupart du temps impossible à établir ( sauf à envisager des études de cohortes sur 30 ans), il est donc nécessaire compte également d'indicateurs qualitatifs souvent découverts à posteriori.

#### RECOMMANDATIONS : LES MOYENS

- Les financeurs doivent tenir compte de la réalité du terrain.

Les financeurs doivent assurer la pluri-annualité des financements afin de garantir l'efficacité de la mise en œuvre des projets et de leur cohérence.

## ATELIER 2

### **Prévenir les conséquences de l'usage : Les pratiques dites de prévention secondaire**

Cet atelier a réuni une bonne vingtaine de personnes (plus les animateurs), permettant d'avoir une représentation très large des différents acteurs et institutions intervenant dans le domaine des conduites addictives et de leurs conséquences, ainsi qu'un certain nombre de partenaires financeurs.

Cette diversité a permis de mettre l'accent sur l'intérêt et la difficulté rencontrés tout au long de l'atelier : intérêt (souligné par tous les participants) de cette même rencontre et de la possibilité de confronter pratiques, conceptions et idées ; difficulté, compte tenu de la nouveauté, inhérente à la nécessité de pouvoir bénéficier d'un temps certain pour pouvoir faire connaissance et essayer de trouver des terrains communs.

Ce préambule obligé permet de mettre l'accent, dès maintenant, sur le fait qu'il est probablement difficile et prématuré - dans le cadre de notre atelier - d'extraire et d'identifier de véritables éléments de consensus, même si (élément important à souligner) les prémisses pour envisager une poursuite du travail dans ce sens paraissent tout à fait réelles et concrètes.

Suite au travail préparatoire du « quadrinôme », les échanges au sein de l'atelier ont été organisés sur la base de six questions générales, qui ont été traitées deux par deux en trois séquences successives.

**– Chercher à définir et éclaircir les prémisses et les postulats des actions de prévention dans le cadre de la « prévention secondaire » : question de la loi, de l'interdit et de la norme, notion de responsabilité individuelle, distinction entre les « risques sanitaires » et les « risques sociaux et citoyens ».**

**– Chercher à définir les dangers, les risques sanitaires et sociaux, aigus et chroniques, qualitatifs et quantitatifs, se rattachant à la triade : « Produit – Comportement – Situation ».**

Le rappel du modèle classique (avec la définition de la prévention secondaire en tant qu'intervention tendant à éviter chez un sujet exposé à un risque, compte tenu de son comportement, l'apparition d'un phénomène pathologique), se révèle insatisfaisant pour la plupart des présents. Le « découpage » classique entre prévention primaire, secondaire et tertiaire ne paraît pas très opérationnel lorsqu'on prend en compte les

différentes conduites et produits (compte tenu, surtout, de la généralisation des polyconsommations) et paraît plutôt répondre, d'une façon exclusive, à un modèle médical qui - à son tour - n'est pas exhaustif des différentes variables (psychologique, culturelle, économique, sociale et autres) nécessaires à la prévention.

**C'est en tout cas à ce niveau qu'un premier consensus a été trouvé au sein du groupe : l'information est nécessaire dans le cadre des actions de prévention, mais celles-ci ne peuvent pas se réduire à une simple action d'information, qui – parfois, et lorsqu'elle est envisagée d'une façon exclusive - peut comporter des conséquences fâcheuses.**

Un courant fort se dégage ainsi pour considérer la prévention comme un continuum allant de l'information à l'action préventive, jusqu'aux prémisses du soin. Dans ce sens, nous pouvons considérer que la prévention est quasiment toujours primo-secondaire.

Certains participants considèrent que le terme « réduction des risques » ou « réduction des dommages » rend assez bien compte de l'idée de prévention dans le domaine des addictions, sauf que - à partir du moment où on explicite cette idée par rapport aux différents champs (alcoologie, toxicomanie, tabacologie) - cette idée apparaît plus contrastée et moins consensuelle.

**Le groupe a aussi exprimé un consensus important quant à la fonction structurante de l'interdit, d'un point de vue aussi bien individuel que social.** Pour autant, même à ce niveau, le statut légal des différents produits détermine un surinvestissement ou un sous-investissement quant à la façon dont on prend en compte - dans le cadre de la prévention - cette même question.

Un amalgame - souvent source d'importants malentendus (aussi bien entre les professionnels entre eux qu'entre les professionnels et les « sujets » des actions de prévention) - apparaît entre loi et interdit : même si la première est nécessaire et fondamentale, il n'est pas forcément nécessaire de se référer à une Loi - au sens légal du terme - pour qu'un interdit existe et puisse être énoncé.

La question de la législation a été souvent évoquée, ce qui a permis de remarquer l'approche et les soucis différents, en fonction du domaine d'intervention (drogue différent qu'alcool différent que tabac) : plusieurs personnes ont exprimé leur souhait quant à une modification de la loi du 31 décembre 1970, la répression de l'usage posant beaucoup de problèmes et de questions en matière de prévention.

Dans ce sens, s'il est donc possible de faire un usage plus ou moins dangereux des substances licites, est-il possible - par ailleurs - d'envisager l'existence d'usages non problématiques de substances illicites, aussi bien du point de vue social que sanitaire ? Dans ce cas, qu'est-ce qui pose réellement problème ? La nécessité donc de ne pas confondre norme sociale et seuil de risque, compte tenu du décalage existant souvent entre les deux, se dégage ainsi à ce niveau.

Nous avons aussi évoqué et discuté la question de la « norme sociale », communément acceptée, par rapport à la question de la « norme d'usage », induite par le groupe de pairs ou d'appartenance : à quel niveau, et de quelle façon, les actions de prévention peuvent induire une quelconque modification dans ce contexte ? À partir du constat qu'il existe une forte différence dans la perception du risque entre « spécialistes » et « groupe d'usagers » par rapport aux conséquences d'un comportement, il s'agit donc de savoir de quelle façon les actions de prévention peuvent avoir comme objectif la modification de ces mêmes normes d'usage, qui sont propres et spécifiques au groupe, dans le but d'une modification des comportements collectifs et de la diminution des risques et des dommages.

Au niveau de la définition des risques, une approche relativement différente (et donc une capacité de définition différente) apparaît entre les intervenants des divers secteurs, le statut légal ou pas du produit intervenant pour beaucoup dans ces différences.

**Par contre, au niveau de l'ensemble des produits, un fort consensus apparaît quant au fait que le risque plus ou moins grand est rattaché à la précocité de la consommation, à des facteurs individuels et sociaux, sociétaux et économiques, aux diverses situations lors desquelles la prise de risque intervient (ex. : conduite automobile), au mode de consommation et à la « qualité » (toxicité) du produit.**

Pour autant, la définition de la notion de risque, aussi bien dans ses aspects quantitatifs que qualitatifs, paraît difficile.

L'idée du risque exprime une probabilité et non pas une certitude : or, le rapport que chaque individu entretient avec cette même idée de probabilité est fonction de plusieurs variables.

**Un accord général a été trouvé quant à l'idée que - dans le cadre de la prévention secondaire - il s'agit d'accompagner d'une façon préventive et contenant les éventuelles prises de risque : grâce à « l'accompagnement », il s'agit d'éviter ou de diminuer au maximum les conséquences d'une prise de risque probablement inévitable.**

**– Chercher à « identifier » et « repérer » les individus et les groupes à risque, la place de l'expérimentation en tant que facteur de risque potentiel et/ou réel ou en tant que facteur protecteur.**

**– Chercher à préciser les modalités et les contenus des interventions et des actions : spécificité ou non par rapport aux différents produits, aux différentes consommations, au contexte général relatif au risque. Prévention spécifique et/ou prévention généraliste ; lien et relation de la prévention avec le soin.**

En ce qui concerne les « groupes à risque » ou les « populations à risque », l'accent a été essentiellement mis sur les risques (!) de discrimination. En même temps, il a été

possible de trouver un accord quant au fait que la définition de la population à laquelle on veut s'adresser permet de mieux définir et cibler le message ou le travail de prévention.

Au niveau du cadre d'intervention des actions de prévention, **un consensus a été trouvé quant à la nécessité de mettre plutôt l'accent sur la liberté et la responsabilité personnelles, aussi bien envers soi qu'à l'égard d'autrui. La notion de responsabilité est donc toujours et avant tout à considérer dans un « espace relationnel ». Dans ce sens, la prévention est donc à considérer comme une forme d'éducation.**

En ce qui concerne l'information, la nécessité d'un « fond commun des connaissances » a été évoquée, dans l'idée de créer une sorte de « cohérence de base » - dans les discours, les méthodes et les actions – qui puissent en même temps prendre en compte les diverses spécificités existantes entre les champs et les « courants » préventifs.

L'information doit ainsi être attentive à ne pas renforcer l'anxiété personnelle ou la culpabilisation, mais aussi à ne pas être ressentie comme une forme de contrôle.

D'une façon importante, l'accent a aussi été mis sur l'intérêt d'une articulation entre approche de groupe et approche individuelle dans les différentes actions de prévention.

**- Discuter des outils de prévention et des outils d'évaluation des actions de prévention.**

**Chercher à définir les « compétences » des acteurs de prévention : leur identité ou appartenance professionnelle, leur statut et fonction (secteur socio-sanitaire, ordre public, bénévoles et volontaires, etc.) ; leur formation ; leurs terrains et domaines d'intervention.**

En partant du constat que, souvent, ce sont les personnes le plus à risque qui n'ont pas accès à la prévention, il est nécessaire de diffuser un certain « savoir » et de former les intervenants de proximité (travail sur les représentations), de façon à ce qu'ils puissent « s'autoriser » un travail de prévention (même si le turn-over important des intervenants, leurs statuts souvent précaires, la méconnaissance des ressources locales se présentent dans une grande majorité des situations comme un obstacle essentiel à cette même formation).

**En ce qui concerne la question de l'évaluation, nous sommes partis de l'idée consensuelle qu'elle est nécessaire et utile, et que l'effort consiste à trouver un juste milieu entre évaluation réaliste mais inutile et évaluation idéale mais infaisable.**

Elle permet de partager le sens des objectifs avec les partenaires et les financeurs, de modifier les objectifs en cours de route, comportant aussi une sorte d'auto-formation permanente. Elle est partie intégrante de l'action de prévention dès le début et permet de valoriser l'action elle-même. **Cependant, notre savoir et notre culture en matière d'évaluation sont malheureusement très pauvres.**

Les « préventeurs » sont des acteurs aux formations et expériences multiples qui se définissent et définissent leurs compétences en fonction de la spécificité de l'action de prévention.

En tous les cas, la nécessité d'une formation permanente a été encore une fois reconnue d'une façon unanime, associant « savoir être » et « savoir-faire », aussi bien sur un plan individuel que partenarial.

Ceci pose quand même la question de « l'auto-nomination » : « je suis préventeur et je m'y autorise tout seul », ainsi que celle de la « cooptation interne » au sein de réseaux restreints.

## ATELIER 3

### Déterminants psychiques

Le groupe III s'est intéressé à la place des déterminants psychiques dans la genèse des abus de substances psychoactives.

Plusieurs participants ont discuté l'intitulé de l'atelier, postulant l'existence de déterminant psychiques, et invitant à prendre des précautions avec le terme de « déterminant ».

L'intérêt de ce groupe reposait sur la diversité de ses participants, issus du milieu scolaire, du soin aux toxicomanes, de la prévention des addictions, ou de la prévention « généraliste », de représentants d'associations d'usagers, tous impliqués que ce soit à titre bénévole ou professionnel.

Les échanges ont permis de dégager des points d'accord, qui ont fait l'objet de la communication finale.

En revanche, il est d'emblée apparu des différences d'approche de la problématique selon que les participants sont issus du soin ou de la fréquentation des publics adolescents. Il serait intéressant dans le cadre d'une poursuite de ce travail, de mieux préciser et articuler ces différences de perceptions, afin d'en dégager des modalités d'action concrètes.

#### CONSTATS

- Les substances psychoactives (SPA) sont des instruments de gestion de la relation à autrui.
- Les SPA sont des instruments de gestion des émotions.
- Les SPA sont des instruments de construction de l'identité.
- Ces instruments ont des limites, comportent des risques et des dangers.
  - La dépendance est encore plus forte quand elle s'inscrit dans une problématique dépressive.
  - Le non dit de la souffrance et du mal être est mortifère, et les histoires sans paroles finissent souvent mal.
- On constate une attirance chez certains enfants dès le plus jeune âge pour les SPA.

Place des déterminants psychiques : Dimension psychologique des consommations et facteurs psychiques des usages problématiques.

- La dimension psychologique est présente dans toutes les motivations de consommation de substances psychoactives.



- C'est un facteur relatif, toujours associé à d'autres, comme des « évènements biographiques déstabilisants ».
- Les facteurs de mal-être et de souffrance psychique contribuent aux abus et à l'installation de dépendances.

Que vise l'intervention psychologique en prévention ?

- Intervenir sur les représentations personnelles et sociales, et les systèmes de valeurs,

et

- Rendre chacun acteur de sa propre santé et de ses propres choix,

et

- Repérer la souffrance,

et

- Faciliter la parole,

et

- Faciliter l'expression des émotions, nommer les sensations.

Quelques principes d'intervention :

- fonder les interventions sur des données scientifiques en lien avec la pratique.
- L'intervention doit prendre en compte le contexte dans lequel elle se déroule.
- Eviter la banalisation de l'usage: ce ne sont pas des produits anodins
- Eviter la stigmatisation des usagers
- Les interventions préventives doivent être précoces: les interventions sont souvent trop tardives par rapport aux difficultés vécues par les enfants dans leurs familles
- Repérer et aider précocement les enfants vivant une maltraitance physique ou morale, des les abus sexuels, écouter l'entourage, proposer des réponses.
- Aider chacun à reconnaître la souffrance et ses déguisements
- Aider chacun à s'interroger et évaluer sa consommation
- Aider chacun à reconnaître sa propre vulnérabilité et ses ressources
- Accompagner les moments d'expérience et les parcours
- Développer l'apprentissage de la citoyenneté
- Déterminer les modalités de rencontre, et d' « aller vers »
- La prévention c'est créer un climat, une attitude
- Sensibiliser à la complexité les demandeurs d'actions de prévention
- Ne pas faire peur

Qui fait quoi ?

- Multiplier des lieux, des espaces et des temps d'écoute
- Des psy pour travailler « avec »... .
- Des groupes « Balint » d'enseignants
- Promouvoir des programmes de prévention sur le long terme...
- .....

#### Paradoxes

- La prévention doit être globale, mais elle reste trop souvent financée par produits.
- La prévention est dite essentielle, mais elle reste peu valorisée dans le public et dans les moyens qui lui sont alloués
- Elle est peu professionnalisée, alors qu'elle demande des qualifications multidisciplinaires.

## Atelier 4

### Intervenir sur les déterminants culturels et sociaux

**Animateur** : Michel FILLARTIGUES (IREMA)

L'air du temps, les dernières campagnes publiques de prévention sur la sécurité routière et les consommations de produits psychotropes au volant, mais aussi les enseignements tirés d'expériences professionnelles de prévention alcool en entreprise m'ont incité à me demander avec vous « Peut-on prévenir sans menacer ? », « Y'aurait-il donc une « pédagogie de la peur ? » »

Le verbe « prévenir », le substantif « prévention » et le passif « prévenu » ouvrent sur une polysémie intéressante d'où la menace n'est pas absente.

Par exemple, parmi les entreprises qui décident d'une politique d'un plan de prévention des risques liés aux divers usages de l'alcool, notre pratique nous montre que plus l'entreprise forme l'encadrement au management des dysfonctionnements liés à l'alcool, plus la prévention est efficace.

Les visées préventives prennent appui lors des entretiens de recadrages grâce aux limites posées, d'autant plus efficacement que le risque de sanction, puis à la longue de perte d'emploi, sont vraisemblables.

Nous en arrivons donc à cette conclusion inconfortable, la perspective crédible mais donc « menaçante » de perdre son emploi agit de manières plus déterminante sur l'efficacité de la prévention des risques alcool.

Ce constat issu du terrain, est-il valable pour d'autres substances psychoactives, ou bien les rappels à la réalité fonctionnent-ils uniquement sur un produit, l'alcool, jugé culturellement indispensable, et dont finalement la société ne prévoit pas de se priver ? Plus largement, le débat pourrait s'organiser autour de la nécessité et la pertinence des cadres et de la loi, avant d'augmenter la « pédagogie de la peur »

Ne faut-il pas d'abord reconnaître la nécessité des usages, donc le respect de la personne avant toute action de prévention quelle que soit sa finalité et son contenu ?

Plusieurs constats effectués lors d'action de prévention alcool dans le milieu de l'entreprise font émerger une certaine efficacité de la menace de licenciement à condition qu'elle soit crédible et qu'elle s'inscrive dans une politique de prévention clairement définie par la direction de l'entreprise.

Comment circule la menace ? Dans quelle mesure peut-elle déterminer la prévention ?

Ramener l'alcool et le tabac dans le champ de l'addictologie et aborder la question des résistances culturelles. Tenir compte des glissements sémantiques, quand nous allons en entreprise la majorité des salariés pensent que nous venons « pour les alcoolos », notre premier travail est justement d'expliquer qu'il s'agit de prévention des risques liés aux diverses alcoolisations, cette prévention s'adressant à tous.

### **La question du cadre culturel et social de consommation**

La prévention dans le cadre menaçant de l'entreprise peut provoquer un changement de comportement dans d'autres cadres de consommation (ex : le cadre familial), mais pas nécessairement. 90% des salariés d'une entreprise consomment de l'alcool ; il existe une diversité d'usages qui ne sont pas tous problématiques, l'IREMA est souvent sollicité alors que le problème se pose. Si la prévention se définit comme la manière de nommer le danger, il s'agit donc d'élargir la prévention à l'ensemble des usages et des risques de consommations. Intervenir sur les conditions de travail à partir d'une action sur la consommation d'alcool consiste à agir sur les déterminants sociaux.

Comment relier ce questionnement avec la prévention menée auprès des jeunes ? Quelle cohérence ? Le jeune est en phase de construction identitaire, pendant laquelle l'estime de soi est en interaction avec le regard d'autrui. Toute la difficulté vient de la nécessité de relier la règle avec la perception qu'a l'adolescent de cette règle. Prendre en compte la relation de confiance jeune/adulte qui permet d'encadrer les jeunes.

A quel niveau doit-on intervenir quand on fait de la prévention ? individuel ou collectif ? Quelle menace s'exerce sur les jeunes ? Quel cadre de consommation ?

La consommation de cannabis chez les jeunes contribue à créer des groupes sociaux (à l'instar du bistrot). L'arrêt de la consommation peut entraîner une sortie du groupe. Peut-on parler de drogue culturelle ? Notion de partage ; organisation du groupe autour du cannabis. L'accès à une formation ou à un emploi peut réguler la consommation et avoir un effet sur le groupe des pairs ; période d'adaptation pendant laquelle le jeune peut sortir progressivement du groupe. Tout part de l'envie du jeune d'engager un parcours d'insertion.

La consommation d'une drogue s'inscrit dans un cadre culturel dans lequel le produit lui-même n'est pas un problème ; c'est la manière de gérer sa consommation qui peut entraîner des risques, par exemple la menace d'un licenciement. La menace peut aussi exister à l'intérieur du groupe de consommateurs. L'exemple de la consommation de cannabis dans les cages d'escalier. Il existe des règles et des mécanismes d'auto-régulation du groupe : ne pas fumer n'importe où, devant la famille, ou changer de produit de prédilection (règle de discrétion et de contrôle de soi). Ne pas les respecter peut conduire à une exclusion du groupe. La menace peut venir du groupe lui-même. Il s'agit donc d'aider le groupe à identifier ces mécanismes de régulation.

On a tendance à banaliser la consommation de cannabis (au profit, par exemple, de la prévention des risques liés à l'usage du crack) et oublier les problèmes que posent les consommations massives de cannabis.

La prévention sur le tabac : la menace est liée aux risques de maladie mortelle et de pathologies douloureuses.

De qui parle-t-on lorsque l'on nomme « les jeunes » ? Spécifier la prévention. Exemple d'un lycée qui a décidé d'appliquer la loi Evin dans l'établissement sans discussion ni préparation avec les élèves, et de poser directement les affiches d'interdiction.

Quelques mois plus tard on constatait que les élèves avaient arrêté de fumer dans l'établissement.

Distinguer la menace de la peur : la peur du cancer n'est pas forcément déterminante dans les campagnes de prévention.

Exemple de la médecine du travail : on sait depuis 20 ans que l'amiante est dangereuse pour la santé : Cancer bronchique multiplié par 15 associé avec une consommation de tabac. Or la prévention s'est plus focalisée sur le tabac que sur l'amiante. Adapter l'acte de prévention à la situation du consommateur. Si on sait que l'alcool agit comme hydratant dans certains métiers (exposition à la chaleur, à la poussière, travail physique intense...), depuis le 20<sup>ème</sup> siècle les préventeurs ont été plus efficaces en mettant à disposition des fontaines d'eau fraîche, plutôt que de parler directement des dangers de l'alcool. Certains postes nécessitent une charge mentale importante, nécessitant une sorte d'hydratation psychique (conduite anti-stress) : poste de sécurité, postes à risques, dangereux....

C'est la notion de prévention « ergonomique » : l'ergonomie consiste à prendre en compte les systèmes opératoires et de les adapter à l'idéal de chacun. Il s'agit donc de déterminer des cibles idéatives et d'ajuster un mode de « prévention ergonomique ».

Pourquoi faire de la prévention ? Pour la santé ? Pour faire aimer la santé ? Ou bien parce qu'on a peur de la souffrance et de la mort ? Articuler l'éducation et la menace. Si la prévention consiste uniquement à augmenter l'espérance de vie, alors on risque de passer à côté des raisons individuelles d'espérer.

Paradoxe : on affirme que la prévention doit être faite sans morale ; or, on ne fait que de la morale quand on fait de la prévention.

Qui commande la prévention ? Les élus ? Les travailleurs sociaux ?

Que se passe-t-il après l'intervention de l'IREMA au sein de l'entreprise ?

Des usages différents d'alcoolisation nécessitent des messages et des actions diverses. L'entreprise constitue un cadre d'intégration sociale, la rue forme un cadre d'exclusion sociale ; le groupe forme un cadre protecteur d'inclusion/exclusion.

Partir de là où vivent les personnes.

Quelle est la portée du statut des produits en terme de prévention ?

Comprendre les représentations des sujets.

L'efficacité des interventions en entreprise : quand la demande vient du service médico-social, elle porte sur l'aide à la personne ; quand elle vient des services DHR, elle porte

sur la sécurité et le management ; quand elle vient des CHSCT, elle porte sur la prévention. Ces actions peuvent déclencher des demandes de suivi et nécessitent d'être récurrentes et permanentes.

Tenir compte de la réalité des compétences des personnes à gérer leur quotidien.

Individuel / collectif : l'idéologie collective de la prévention contredit l'injonction de la responsabilité individuelle. Quel destin collectif peut-on proposer à des destins individuels ?

L'exemple de l'usage régulé de la consommation d'alcool dans le milieu tzigane, il y a une quinzaine d'années : ritualisation de l'usage (ex : dans le cadre d'une négociation) ; le bien-boire permet d'être un bon tzigane. Il y a quinze ans, il n'y avait pratiquement pas de conduites addictives chez les jeunes tziganes.

Dans la mesure où le cannabis renforce la structuration du groupe, la sortie du groupe renforce la vulnérabilité individuelle. Les équipes de prévention spécialisée permettent de ne pas rendre le groupe aliénant. L'objectif de la prévention spécialisée est d'abord l'éducation.

La prévention des risques est secondaire.

Quelle politique, quelle représentation les adultes fournissent-ils à la jeunesse ? L'exemple des marques d'alcool qui engagent de campagnes de communication vers les classes « jeunes » ; les enjeux financiers. Utiliser les mêmes méthodes de segmentation des publics que maîtrise l'industrie de l'alcool et du tabac.

Travailler sur le groupe : travailler sur la fonction de la consommation et confronter les mécanismes d'auto-régulation avec les difficultés que les jeunes rencontrent. A quoi sert le cannabis ? Fonction anesthésiante qui permet de rester dans l'enceinte de la cité. Sentiment de honte et de culpabilité à l'égard des parents. Provoquer une discussion sur le destin historique : les parents ont pris la décision de quitter leur pays pour améliorer le destin de leurs enfants. Les blessures de l'immigration.

Le cannabis fait office de panacée : permet de justifier une exclusion (par exemple de l'Education Nationale), de se maintenir dans la cité (économie informelle de survie), de ne pas en sortir.

La prévention comme l'accompagnement à la prise de conscience. La prévention pose la question du sens. Prendre conscience en donnant du sens.

La tentative d'une courte abstinence du cannabis pour de gros consommateurs révèle, d'une part, les difficultés à passer de quinze ou vingt joints par jour à zéro, et, d'autre part, la béance individuelle sur le plan de l'imaginaire et de la capacité de projection.

La nécessité de comprendre.

Après midi du 25/11/2002

**Animateur** : Baptiste COHEN (Drogues alcool tabac info service)

Plutôt comprendre que d'intervenir sur les déterminants culturels et sociaux des consommations : une contribution nécessaire à la définition des objectifs et des moyens de la prévention.

La prévention, ; comme la politique, est une manière de s'intéresser au monde, aux personnes, aux responsabilités, à la qualité de vie. Elle a pour objet :

\_ La compréhension des risques liés aux comportements de l'homme et à son environnement

\_ L'expression des raisons qui expliquent que l'on cherche à les éviter ou à les réduire (raisons philosophiques, économiques, sociales, religions...)

\_ La recherche et l'identification de moyens, d'outils, de manières de faire.

En ce qui concerne les déterminants culturels et sociaux, l'objectif serait :

\_ De souligner la complexité et la diversité de ces déterminants

\_ De rappeler l'intérêt d'une approche globale de l'ensemble des consommations de substance psychoactives ; approche qui donne un caractère très concret à l'identification et à l'analyse des déterminants socioculturels des consommations et des risques qui y sont liés.

\_ De rappeler que l'action sur les déterminants culturels et sociaux a toute les caractéristiques de l'action politique : elle nécessite le débat, elle suppose le respect des différences de point de vue, elle nécessite des objectifs à long et à court terme, elle met à un niveau élevé de priorité la protection des plus faibles, le respect des libertés, l'intérêt général, elle appelle nécessairement l'arbitrage démocratique....

\_ De rappeler que l'existence des déterminants culturels et sociaux ne doit pas masquer la réalité des responsabilités individuelles et personnelles : pour cela les acteurs de prévention doivent expliquer avec beaucoup de précision ce que sont les risques, les petits et les grands, les risques à court et à long terme, les risques pour tous et les risques pour les plus vulnérables, les risques spécifiques aux produits, au mode d'usage, aux circonstances...et ne pas se substituer à ceux qui ont pour rôle de voter des lois, de les faire appliquer, d'éduquer les enfants et les jeunes...

### **Intervention de Sylvianne Rate : Tabac ; la dénormalisation**

La force économique de l'industrie du tabac empêche d'aller plus loin dans les actes de prévention. Les années 90 ont vu se développer des procès judiciaires utilisés comme des modes d'action pour les victimes et les instances publiques.

La dénormalisation : notion qui s'est dégagée à partir des comptes-rendus de procès.

L'industrie du tabac savait depuis les années cinquante qu'il existait des problèmes de santé tout en les cachant. Tactiques de désinformation et de manipulation du produit (ajout d'ammoniac pour créer une plus forte dépendance) ; recrutement et fidélisation dès le plus jeune âge.

Construction du discours social sur le tabac : financement de revues par les mécénats sur des thèmes comme la tolérance. Achat d'une nouvelle image : prévention auprès des jeunes ; campagnes non-efficaces.

La dénormalisation consiste à dévaloriser l'image sociale du tabac, à dénoncer les pratiques industrielles et tenter de les marginaliser. Défaire le discours produit par l'industrie du tabac sur le machisme sanitaire.

Avec un glissement de type contrebande, qui dessert le produit de l'industrie du tabac qui parallèlement développe son marché vers les pays pauvres. D'autre part, une augmentation du prix du tabac de 10 % a entraîné une chute de 4 % des ventes.

Il est à noter que l'on est moins choqué par la sur-représentation du tabac au cinéma en terme de santé publique alors que 70 % des adultes sont non-fumeurs.

### **Intervention de Vincent Pachabezian : la prescription de médicaments psychotropes.**

Faut-il classer les traitements de substitutions dans la catégorie des traitements psychotropes ?

La prescription nécessite un code de langage commun : un déterminant culturel. Exemple : le « Bromazepam » doit souvent être prescrit comme un préalable à une écoute plus approfondie du médecin. La formation du médecin apprend à distancier la position du patient, ses réactions immédiates, ses préjugés, etc. Le médecin prescrit selon les molécules qu'il connaît. Le plus rapide est de prescrire ; le plus long est de ne pas prescrire, mais de chercher à comprendre.

Pourquoi les Français sont-ils les plus gros consommateurs d'alcool et de benzodiazépine (effets similaires) ? Quel est ce besoin de « potion magique » qui détermine les Français à consommer ?

Trois axes de réflexion :  
\_ L'environnement et les codes de consommation  
\_ L'attitude objectivante du médecin  
\_ Faire un choix, se positionner dans son exercice, par exemple faire un choix politique.

La solution n'est pas le médicament mais l'écoute. Le médicament est tellement normalisé que si le médecin ne se place pas à ce niveau de réponse, il ne peut y avoir d'échange avec le patient.

Le mode d'exercice du médecin détermine le profil des patients reçus.

Intervention de Patrice Rayard : Les chiffres et les représentations de la sécurité publique

La loi est une émanation non-rationnelle des mœurs d'une société comme par exemple le cas de l'interdiction et de l'autorisation de l'IVG.

Il ne faut pas dissocier la prévention de la répression.



Le sentiment de peur vient plutôt des personnes âgées, d'origine modeste mais sur ce point il n'existe pas de données statistiques fiables.

La première crainte est celle de l'agression violente. La perception du danger est plus liée à la fragilité de la personne et de son environnement.

On a peur quand on a déjà été soi-même victime, ou bien quand ça concerne un proche. ; du fait de la présentation alarmiste des statistiques officielles ainsi que du développement de meilleurs outils juridiques pour certaines formes de délinquance.

Les médias jouent un rôle important dans cette peur avec des effets de focalisation et de proximité des faits.

Les risques objectifs :

\_ Les statistiques de la police ne sont pas le reflet de l'activité délinquante mais de celle de la police elle-même.

\_ L'absence d'objectivité empêche une représentation juste de la réalité. La criminalité n'a pas augmenté tant que ça.

Les vols représentent 65 % des faits de violence, dont 50 % liés à la voiture.

Usages de drogues et délinquance : les représentations

\_ Lien établi entre l'alcool et la délinquance : l'auteur de violence n'est pas toujours celui qui est alcoolisé.

\_ Les délinquants sont peu usagers de drogues

\_ Les usagers de drogue sont plus fréquemment délinquants que d'autres. La délinquance des usagers de drogues est inférieure à celle attribuée par l'imaginaire collectif.

Plus l'attachement aux valeurs traditionnelles est fort, plus la représentation de l'usager de drogue est forte.

Discussion :

Doit-on articuler l'éducation à la santé avec des finalités budgétaires (déficit de la Sécurité Sociale) ?

Les besoins auxquels répond la consommation de tabac ne sont pas identifiés : tensions internes, se rendre plus désirable, etc. Y a-t-il des alternatives à la consommation de tabac ?

Ceux qui ont suscité la demande de tabac sont ceux qui ont produit l'offre en intervenant sur les représentations sociales et culturelles.

Que peut-on dire sur la loi sur les stupéfiants ? La politique de tolérance aux Pays-bas a produit une baisse de consommation de cannabis chez les jeunes (image ringarde liée aux parents), alors qu'elle est en hausse en France.

Y a-t-il une nécessité du rappel de la loi ? Ce n'est pas possible dans le cadre du soin. Et au niveau de la lisibilité ? La loi Evin a suscité une prise de conscience publique.

Que choisir entre la prévention et la répression tout en sachant que les interventions en milieu scolaire sont inefficaces si elles sont axées sur la répression.

Il n'y a rien de pire qu'une loi qui n'est pas appliquée. Peut-on critiquer une loi en tant que préventeur ? Faut-il être soi-même abstinent pour faire de la prévention ?

Il faut également penser au risque d'une instrumentalisation de la loi dans le contrôle des populations juvéniles.

La prévention auprès des jeunes nécessite de prendre en compte les aspects de plaisir, mais aussi l'incohérence de la loi de 1970. La relation préventive est d'abord une relation d'échange. Le préventeur cherche à comprendre et à connaître, avant d'engager un travail éducatif. C'est dans l'échange que l'on peut poser la question : pourquoi consommer tel ou tel produit ?

Peut-on inventer d'autres formes de régulation des comportements que la loi ?

Les propos sur l'industrie du tabac, les chiffres de la police et la prescription des médecins nous montrent trois effets de leurre.

Matinée du 26/11/2002

**Animateur** : Joao FATELA (Parcours 75)

Le travail d'insertion auprès des toxicomanes révèle une forte incidence de certains facteurs sociaux et économiques sur la sortie de la toxicomanie, du fait qu'ils réactivent des ruptures parfois très anciennes (familiales, scolaires, professionnelles...) dans la trajectoire de la personne. Comment peut-on en tenir compte dans les pratiques de prévention des conduites addictives, y compris au niveau de leur régulation (prévention des rechutes) ?

La réponse déterminée par ces facteurs relève avant tout des politiques publiques sur des plans aussi divers que l'emploi, la scolarité, l'habitat, l'urbanisme, etc....

Comment les pratiques de prévention intègrent-elles cette dimension notamment sur le plan local ?

Des études récentes sur la micro-économie de la drogue ont mis en évidence le lien de certaines formes de deal (et d'usage) avec des stratégies de survie, elles-mêmes inscrites dans des pratiques de sociabilité à fort ancrage territorial. Comment les pratiques de prévention se situent-elles par rapport à ce phénomène ?

L'appel à l'autonomie et à la performance – idéal promu par nos sociétés individualistes – a des incidences lourdes sur la vulnérabilité individuelle, comme l'illustre la consommation croissante de substances psychoactives licites ou illicites.

A partir de ce constat, quelles réflexions pouvons-nous tirer en terme de prévention ?

La société française se caractérise par un brassage de populations de différentes origines ethniques. Cette réalité exige-t-elle des pratiques de prévention différenciées ? Dans ce cas, comment ?

## **Intervention de Michel JOUBERT et discussion**

Le poids de la marginalisation : les modes de vie liés à la clandestinité alourdissent la sortie de la toxicomanie. « Il n'y a pas de société sans drogues » veut dire que la prévention n'est plus à penser en termes d'évitement d'entrée dans une conduite à risque, mais aussi en termes de gestions des risques (régulation). La prévention des rechutes est importante.

Il faut également mettre en rapport la prévention avec les grandes politiques (urbanisme, emploi, etc....)et donc développer une prévention locale.

La micro-économie de la drogue comme stratégie de survie. Dans quelle mesure la prévention peut intégrer cette réalité ?

Pour mettre en œuvre une prévention par les pairs, il faut identifier les facteurs de protection et de vulnérabilité et tenir compte du brassage des origines ethniques.

La prise en compte des contextes nécessite d'identifier le processus de structuration chaotique. Agir sur une logique d'engagement où les personnes retrouvent une place et un rôle. La prévention porte à faux quand elle s'adresse à des personnes qui n'ont pas beaucoup de choix. La compréhension des réseaux, des modes de régulation, des styles de vie permet de mettre en lumière le contexte particulier ou d'engagement de structuration avec les drogues. Tout le monde ne rentre pas dans une relation problématique avec les drogues. Il faut tenir compte des impératifs de survie.

Il faut également intégrer l'environnement comme variable pour définir la prévention. Comment travailler sur la réalité des grands exclus ? L'expérience d'une structure de proximité travaillant sur le 18<sup>ème</sup> arrondissement de Paris montre qu'il est important de tenir compte de l'état de grande précarité des personnes accueillies. Urbanisme délaissé depuis 20 ans. Entre 2000 et 2001 le taux de chômeurs est passé de 80 à 94% parmi la population accueillie.

Il faut parler de « grands précaires » plutôt que de « grands toxicomanes ». Il faut comprendre l'environnement, le public, comprendre le contre pouvoir des habitants (problème de financement des structures de proximité) et comprendre les trajectoires plutôt que confronter le sujet au produit.

Aujourd'hui seuls 18 % de la file active de cette structure sont originaires de l'arrondissement. La programme d'Echange de Seringues du quartier révèle que 60% des personnes qui viennent chercher du matériel habitent la banlieue. Quels sont les dispositifs d'échanges en banlieue ?

La surconsommation de cannabis chez les jeunes connaît une hausse. Le quartier a une incidence forte : Milieu protégé, normalisation et banalisation de l'usage du cannabis qui entraîne une organisation de la vie autour de ce produit. Il faut tenir compte, pour réfléchir à d'autres outils de prévention, de la fonction de socialisation et de la fonction économique du cannabis.

Cadrer sa consommation au moment de l'intégration d'un emploi ou d'une formation. Comment faire en sorte que les jeunes soient acteurs ? Peut être en les faisant

participer, en faisant d'eux des acteurs-citoyen, et ainsi leur faire retrouver un statut, utiliser la prévention comme développement des outils d'appartenance.

Il faut également travailler sur le bien être.

Comprendre la sociologie d'un public pour penser la prévention est indispensable. Il faut distinguer la logique du produit et la logique du comportement. Distinguer faire de la prévention et faire de la politique. Les grands objectifs de la prévention sont : substituer des fonctions structurantes à des fonctions structurantes, au-delà de la prévention.

Comment problématiser le rapport drogues/environnement social ?

Placer les personnes en position d'acteurs capables d'utiliser leurs compétences.

Les drogues : légales : « objet social » ; illégales : « rejet social ».

Peut-on faire des drogues illicites des produits comme les autres ?

Ne pas traiter la toxicomanie comme l'alcool ou le tabac

Tout en ayant un statut légal, l'alcool fait également l'objet d'un rejet social (honte, déni de consommation...). On assiste donc un hygiénisme social : l'injonction d'être parfait sinon c'est l'intolérance.

La question de la normalisation : sortir du champ de l'interdit légal ? Il existe des facteurs d'intégration qui permettent une prise de distance avec la consommation et qui développent d'autres modes de régulation.

Il faut ouvrir le débat pour établir des normes de contrôle.

Normaliser, c'est faire entrer dans la vie sociale et produire de nouvelles représentations culturelles.

Comment introduire des contrôles sans recours à l'interdit ?

Les déterminants politiques : on a d'un côté des préventeurs qui tentent d'ouvrir un dialogue et de provoquer une rencontre avec les différents publics et de l'autre les décisions politiques qui semblent avoir des difficultés avec les marges de discussion quand il s'agit de stupéfiants. Actuellement se pose la question du travail des préventeurs qui risque de s'enfermer dans un réductionnisme éthique en matière de prévention des comportements à risques, indépendamment des critères politiques, il est important d'avoir une réflexion critique sur la loi de 1970.

Il y a deux niveaux d'intervention du préventeur : identifier un comportement et susciter le changement. Travailler sur soi, sur ses propres représentations.

On ne peut pas faire l'économie d'une réflexion sur la loi pénale. L'interdit ne se pose pas nécessairement en terme pénal.

Les enjeux budgétaires et hygiénistes imposent de se centrer sur le changement de comportement individuel ; l'utilisateur est enfermé dans son identité de consommateurs. L'acteur éducatif n'a pas à s'engluer dans le symptôme pour se caler sur les compétences de la personne.

Comment s'adresser au consommateur en tant que sujet ? Si on raisonne en termes de comportements et de technicité, on s'engluie dans le symptôme.

Les groupes de jeunes sont demandeurs d'échanges et de dialogue.

Accepter la souffrance de l'autre : la difficulté dans nos représentations à accepter cette souffrance.

Il est indispensable que des moyens importants et adaptés soient donnés par ses dispositifs sinon ils peuvent aboutir à un système qui s'inverse et se perverti.

Le modèle médical de la prévention est un modèle puissant et simpliste. Qu'est-ce qu'on peut lui substituer ?

Agir sur l'univers de structuration, dans un large cadre, d'une disposition à se comporter d'une certaine façon. Les actions qui marchent portent sur les représentations et les modalités d'interaction.

Exemple d'un groupe d'usagers qui a décidé de nettoyer les cages d'escalier du quartier afin d'améliorer l'image que les habitants se font d'eux. Le ressort de l'estime de soi comme ressort de prévention. L'estime de soi se construit avec les autres.

Eléments de synthèse (tour de table)

Lors du tour de table, chacun a donné ce qui lui paraissait être une priorité.  
Nous avons souhaité garder l'intitulé de chaque intervention.

\_ Prendre du recul par rapport au positionnement final (produit/sujet) et de se déplacer vers une considération sur le développement et la structuration d'une personne dans son développement social. Estime de soi, va et vient dans un espace de référence, au sein d'une trame relationnelle. Tout adulte, quelque soit sa fonction, n'en peut pas faire l'économie de sa mission éducative : Responsabilité d'adulte.

\_ Continuer à appréhender l'ensemble des drogues et distinguer l'usage, l'abus et l'excès.

Socialiser les consommations qui font partie de notre paysage pour travailler.

\_ Privilégier l'éducatif sur le répressif.

\_ Mise en cohérence des actions de prévention dans leur diversité. Attention à la banalisation. Diversité d'action / diversité de publics. L'abandon politique des quartiers.

\_ La prévention concerne tout le monde, même les bien portants.

\_ Répression/Prévention : deux approches qui sont différentes. Les déterminants sociaux et culturels sont importants : tous les adolescents sont confrontés aux problèmes du tabac et du cannabis, quel que soit leur quartier. Il ne faut ni catégoriser ni stigmatiser les populations.

\_ Accompagner la prise de conscience notamment par un travail d'intellectualisation sur les modes de consommation avec les différents publics.

\_ Travailler sur les représentations des préventeurs et des décideurs politiques : Que faire avec la loi ?

\_ S'alarmer sur la rupture politique/travail/social/société.

\_ Le rôle du préventeur. Parler du rôle de médiateur. Agir sur les groupes : le sujet peut se mouvoir dans le groupe.

\_ Le rôle du politique : on ne peut faire plus longtemps l'impasse sur la loi de 1970.

\_ La question des pratiques de proximité. Il faut tisser des alliances et identifier l'environnement et le public ainsi que la dimension du territoire. Une dynamique positive est possible : encourager l'inscription de la prévention dans des actions limitées dans l'espace. Différenciation sociale dans l'approche des risques ; l'appréhension territoriale peut y contribuer.

\_ La question de la prévention doit prendre en compte le cadre idéologique global. Au sein d'une société individualiste, comment susciter le souci de l'autre ? La prévention passe par une reformation écologique de l'homme : promotion des valeurs fondamentales contre l'idéologie dominante (individualisme, consumérisme, les prises de risque sont valorisées socialement). Il faut nommer les contradictions et les paradoxes.

Dans le cadre du 18<sup>ème</sup> arrondissement, la précarité précède la toxicomanie.

\_ Maintenir le cap de la prévention dans la globalité des substances légales et illégales. Vivre mieux ou consommer moins ? Travailler en direction des groupes les plus précaires et en milieu professionnel.

\_ La rencontre des champs de compétences différents est très importante. Il faut mieux préciser quel est le rôle des spécialistes.

\_ Le risque technologisant de la prévention : « la bonne pratique » appliquée en surplomb. Partir plutôt du terrain et de l'expérience. Tenir compte des personnes vulnérable qu'on ne voit jamais dans les centres de soin.

\_ La prévention n'est pas une normalisation et surtout pas une manière de stigmatiser une partie de la population. La question des moyens engagés est essentielle et il semble que sur ce sujet, comprendre est subversif.

## **ATELIER 5**

### **REDUIRE LES RISQUES LIES AUX CIRCONSTANCES DE CONSOMMATION ET AUX SITUATIONS DE VULNERABILITE**

Les débats, d'une grande qualité, ont bénéficié de la diversité des fonctions et des origines professionnelles des participants. Le thème proposé a confronté les participants au défi de balayer un champ d'une amplitude très vaste, de la conduite automobile à l'overdose en passant par la femme enceinte... Les premiers échanges ont permis d'exprimer que le travail auprès de personnes en situations de vulnérabilité, impose au professionnel une fonction singulière, alliant à leurs pratiques, « représentation et défense » face aux institutions et politiques publiques des usagers qu'ils accompagnent. Cette singularité, qui aurait pu freiner les échanges, a au contraire permis de dégager autour des différentes pratiques des concepts communs et des principes éthiques, fédérateurs d'un travail en partenariat. Deux axes forts se sont dégagés : la nécessité de soutenir et de formaliser le travail en réseau, la formation des acteurs des différents champs concernés et la reconnaissance d'une qualification professionnelle pour les spécialistes de la prévention. Le temps imparti n'a pas permis de développer le volet évaluation au delà d'en avoir posé la nécessité. Celui-ci justifierait à lui seul une session de réflexion avec l'apport d'experts en la matière.

En conclusion, les membres de l'atelier, forts de leur implication et de leur intérêt, souhaitent le renouvellement de ce type de rencontre et espèrent que les recommandations effectuées soient pris en compte par les décideurs.

#### **Les états et situations de vulnérabilité**

- Il existe des situations où l'individu est confronté du fait de difficultés liées à sa personne, à l'environnement, à la substance psychoactive et à un moment donné de sa vie à des risques spécifiques et/ou accrus pour soi ou pour les autres qui nécessitent des interventions ciblées. En effet, les messages généraux ne sont pas accessibles, pas adaptés voir erronés ou absents et même parfois dangereux (femme enceinte substituée sevrée de Subutex par son médecin ; alcool et grossesse).
- Parmi ces situations qui peuvent être associées, nous avons relevé : les comorbidités somatiques, psychiatriques, la précarité sociale, la grossesse, les adolescents en difficulté, les enfants de parents en difficulté avec l'addiction, la conduite automobile, le travail, les situations festives, l'incarcération, la sortie de sevrage, l'initiation à la consommation de drogue.
- Les critères de vulnérabilité sont de natures différentes et complexes : risques liés à

la santé, difficultés d'accès aux soins, caractère licite ou illicite des substances psychoactives, politique de sécurité et renforcement des lois, difficultés psychologiques.

- La prévention nécessite l'implication d'acteurs pluridisciplinaires et de champs multiples : sanitaire, social, judiciaire, éducatif, policier, associatif, politique....
- Donc de partenariats cohérents et coordonnés organisés en réseau.

**Le repérage des situations de vulnérabilité est indispensable et doit avoir lieu le plus précocément possible sans stigmatisation.**

Il nécessite :

- De créer ou de valider des outils: auto-évaluation, guide d'entretien, échelles d'évaluation ..
- De trouver des moments privilégiés : au cours de la formation à la conduite, de la formation professionnelle, lors du rendez-vous citoyen, du bilan de santé, de la déclaration de grossesse...
- D'être réalisé par un professionnel des champs précités dans le cadre d'une relation duelle garantie par le secret professionnel, médical et avec le respect de la confidentialité.

Les partenariats : avec quels moyens ?

- Une formation multidisciplinaire minimum commune à tous les acteurs des champs concernés, initiale et continue.
- Une formation multidisciplinaire sur site pour initier et animer les partenariats en réseau et analyser les pratiques.
- La définition de personnes ressources au sein des différentes institutions, légitimées, formées, porteuses d'un projet soutenu par la structure et en aucun cas caution ou défausse.
- Une collaboration et une articulation avec des professionnels de la prévention et les équipes d'addictologie. Professionnalisation des acteurs de prévention et reconnaissance d'une qualification.
- Collaboration avec les associations d'ex-usagers, les groupes d'auto-support dans le respect du cadre d'intervention et de l'éthique.
- La complexité des situations implique un partenariat dans l'intérêt de l'utilisateur et des équipes sur la base de protocoles et de conventions élaborées autour d'un projet commun selon des règles déontologiques respectant la place de chacun.

Partenariats : quels moyens?

- Rapprochement des réseaux existants : réseau périnatalité et réseau ville-hôpital addictologie dans la préparation du SROS 3 de périnatalité et création de nouveaux réseaux.
- Financement de ces réseaux indispensable pour assurer une coordination, un



secrétariat, une rémunération de tous les acteurs salariés ou libéraux.

- Intégration des projets liés à la prévention dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire.
- Favoriser les programmes de recherche épidémiologique, d'évaluation des actions, et d'analyse des pratiques.

#### Evaluation

- L'évaluation est complexe mais nécessaire.
- Elle ne doit pas viser seulement les résultats mais être inscrite dans l'élaboration même des projets pour en évaluer le fonctionnement et la pertinence des objectifs.

## ATELIER 6

### « Réduire les risques liés aux modes de consommation »

Le concept de réduction des risques a été particulièrement fécond aussi bien dans le soin que dans la prévention de l'usage des psychotropes illicites : il a imposé de prendre en compte la réalité des pratiques et des risques.

Dans le cadre des Assises Régionales de la Prévention des Conduites Addictives, une réflexion sur l'évolution de ce concept et sur les conséquences pratiques qui en découlent en matière de prévention apparaît nécessaire d'autant que l'apparition de produits nouveaux amène à repenser différemment ce concept, notamment parce qu'à la différence des opiacés, les risques liés à l'utilisation des produits de synthèses ne découlent pas nécessairement d'une contamination ou d'un surdosage accidentel.

Adapter la prévention aux choix et aux possibilités de chacun, tel est l'enjeu d'outils tels que les programmes d'échange de seringues pour ceux qui ne peuvent, ne veulent pas renoncer à l'injection, les traitements actuels de substitution pour ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas renoncer à la consommation d'opiacés ou enfin le testing qui doit favoriser la demande d'information de ceux qui consomment des drogues de synthèse. En termes de traitement, la démarche consiste également à prendre en compte la réalité des changements à la fois souhaités et possibles. L'objectif du traitement de substitution est d'obtenir la stabilisation de la dépendance, l'amélioration immédiate de la santé et de la qualité de vie étant considérée comme des étapes nécessaires au contrôle de la dépendance.

Cette démarche peut-elle s'appliquer aux différentes addictions ? En termes de prévention, la consommation modérée d'alcool est bien préconisée mais une telle recommandation peut-elle s'appliquer à d'autres psychotropes et par exemple au tabac ? En termes de soin, on a aujourd'hui recours à des traitements de substitution pour le tabac mais ces traitements n'existent pas pour l'alcool. Peut-on proposer à une personne dépendante de l'alcool des stratégies de contrôle de la consommation lorsque les cures de sevrages aboutissent à des échecs répétés ? Comment enfin reprendre le contrôle d'une dépendance aux benzodiazépines ?

Trois questions posées

- 1) Quelles peuvent être les caractéristiques communes à tous les psychotropes d'une démarche de réduction de risques... :
- 2) Quelles stratégies peuvent être expérimentées en fonction des différents psychotropes et des types de dépendances : psycho – stimulants, alcool, tabac etc..... :

### 3) Soins et prévention : quelles cohérences, quelles limites... :

#### Préambule

Pour répondre aux questions, il faut être se mettre d'accord sur les conceptions de la RDR définies de façon non univoques et qui correspondent à des politiques différentes :

Une politique de prévention des risques infectieux - (France)

Une politique de santé publique sur l'usage de psychotropes licites et illicites – (Grande Bretagne)

Une politique globale de gestion des drogues – (Suisse / Pays Bas)

Ces politiques ont en commun une même démarche (approche pragmatique) qui part de la réalité des pratiques qui impliquent l'acceptation des usages.

Elle est fondée sur des principes de :

Hiérarchisation les risques sanitaires et sociaux pour l'utilisateur et son environnement

Responsabilité et citoyenneté des usagers. Elle implique la réalité de l'accès à la prévention et aux soins.

#### **1) Quelles peuvent être les caractéristiques communes à tous les psychotropes d'une démarche de réduction des risques ? :**

##### **Remplacer l'interdit par le contrôle, la régulation, dans le but :**

D'une recherche d'une palette de soins et de prévention la plus large possible d'offres expérimentées et validées.

De répondre aux libres choix des usagers des stratégies à mettre en place en fonction des produits et des modes de consommations.

De prendre en compte que la dépendance ne constitue qu'un aspect des usages de produits psycho-actifs.

Actuellement nous sommes dans certaines pratiques inspirées du modèle « santé publique » anglais en matière de drogues qui complètent une réduction des risques limitée à la lutte contre le VIH (cf. programmes raves). C'est à partir de ces bases « affranchies » du VIH qu'il est possible de rechercher des stratégies de RDR adaptées au champ alcool et tabac, ou autres produits psychotropes.

#### **2) Quelles stratégies peuvent être expérimentées en fonction des différents psychotropes et des types de dépendances : psycho – stimulants, alcool, tabac etc. : SD**

C'est la démarche qui peut être commune pas forcément les outils. Il faut rechercher des outils spécifiques à chaque type de produits selon les usages.

Il est nécessaire de prendre en compte les différents types de risques entre les modes d'administration, les produits eux même, les risque immédiats et les risques sur le long terme, la notion de perte de contrôle occasionnel avec un produits ou plusieurs...

En termes d'objectif, on peut travailler à la « modification des comportements de consommations » sans chercher exclusivement à les arrêter. C'est passer par la diminution qui relève autant de la prévention que du soins. Il faut donc essayer d'avoir des indicateurs pour mesurer les changements notamment dans le cadre de la qualité de vie (le sommeil, la vigilance...).

Pour autant l'acceptation de l'usage ne doit pas être une incitation à l'usage. Elle est fondée sur « une alliance thérapeutique » dans le cadre du soin et sur une prise en compte de la réalités des pratiques et des perceptions dans le cadre de la prévention avec le consommateur.

Les personnes dépendantes ne constituent qu'une partie des consommateurs de produits psychotropes et la RDR doit s'adapter aux évolutions de consommations, à leur perception.

En matière de substitution, il y a des produits que l'on peut substituer et d'autres non. Elle ne constitue qu'un aspect de la RDR. Elle est extrapolable à d'autres produits tel que le tabac. Elle doit pouvoir se faire à des niveaux de prescriptions variables (différents seuils). On doit aussi pouvoir travailler à la recherche de produits moins dangereux dans des domaines encore inexplorés (cocaïne par exemple).

Il y a la nécessité de rechercher l'expérimentation et la validation de nouvelles stratégies.

### **3) Soins et prévention : quelles cohérences, quelles limites... :**

En matière d'addictions, la frontière entre soins et prévention est extrêmement floue : rechercher la modification d'un comportement de consommation, c'est bien pour éviter des complications à terme.

La RDR a remis en cause de fait la distinction entre prévention primaire secondaire tertiaire: dans la trajectoire effective des usagers il y a un passage continu dans les différents niveaux, dans les différents champs, une évolution des consommations et des modes de consommations.

La substitution a par exemple deux aspects :

- Une dimension soin : le traitement d'une dépendance.
- Une dimension prévention : proposer des usages et des produits les moins dangereux.

Le système de santé français repose plus sur le soin que sur la prévention. De ce fait les soignants sont formés, qualifiés (des champs de compétences), alors que des difficultés pour la formation des acteurs de prévention subsistent : il existe dans le domaine de la prévention des expertises et des expériences mais pas de diplôme qualifiant.

Dans chacun des champs, aller au devant (outreach) nécessite d'autres méthodes d'intervention que de répondre à une demande en institution.

On doit pouvoir travailler à différents niveaux :

- > Les actions grands publics, prévention généralistes par les mass médias
- > Les actions auprès de groupe
- > L'action individuelle

Une véritable démarche de recherche et d'évaluation est nécessaire dans les domaines de réduction des risques, notamment pour les transmettre et former les acteurs.

La RDR a mis en exergue des difficultés institutionnelles et budgétaire (cf. la séparation entre prévention et soins)

Les notions de prévention et de soin posent la question de la cohérence et des limites d'intervention en fonction des produits et des comportements de consommations.

La RDR est encore trop définie comme une action de prévention du SIDA. La logique de financement institutionnelle (par exemple en matière de drogue les soins à la CPAM, la prévention à la DGS) va dissocier ces différents niveaux d'action et leur cohérence.

« La patientelle » des différents programmes montre des polyconsommations qui nécessitent des approches cohérentes entre produits licites et illicites.