

Cadres d'intervention de la prévention des usages de drogues. Approche européenne



Note n°2011-11, à l'attention
du comité de pilotage RELIONPREDIL et de la MILDT
Carine Mutatayi, Pôle Évaluation des politiques publiques
Saint-Denis, le 23/06/2011

Introduction

Les progrès réalisés lors des dernières décennies dans la connaissance du phénomène des drogues, notamment en épidémiologie, ont amélioré la compréhension des ressorts sociaux, économiques, sociétaux et psychologiques, associés aux usages ou au trafic. La mise en lumière des facteurs de risque et de protection a permis aux décideurs de mieux identifier les cibles de l'action publique et ce faisant les cadres d'intervention. Ainsi la rhétorique sur les approches et les méthodes de prévention – marquée par une grande variété du langage – tend-elle à se préciser au sein des instances scientifiques européennes et de plus en plus dans les stratégies nationales, afin de clarifier auprès des acteurs d'horizons divers la signification des réponses publiques et de leur programmation. La volonté marquée des instances décisionnelles de l'Union européenne (UE) dans ce sens se traduit par les nombreux travaux d'harmonisation du discours et de l'observation, coordonnés par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)¹ au sein du réseau d'observatoires nationaux (Reitox²).

Cette note rapporte les grandes catégories de la prévention qui se dégagent de ces évolutions aux plans scientifique et politique en Europe. Partant des principales « nomenclatures » utilisées, elle poursuit sur les publics ou les environnements clés désignés comme cibles prioritaires de la prévention des usages de drogues par la stratégie anti-drogue 2005-2012 de l'Union européenne. À la lumière de ces orientations et des critères employés par le Reitox, le texte propose enfin une typologie de ces cadres d'interventions étayée par les principaux vecteurs de performance révélés par la recherche.

Introduction	1
Nomenclatures passées et présentes de la prévention des usages de drogues	2
<i>Une applicabilité limitée des notions de prévention primaire, secondaire, tertiaire</i>	
<i>Prévention universelle, sélective, indiquée : des notions plus opérationnelles</i>	
Domaines d'intervention définis par la Stratégie antidrogue 2005-12 de l'UE	3
<i>Focus sur la modernisation des méthodes, l'école, les groupes à risques</i>	
<i>Implication de la société civile : un nouvel enjeu politique</i>	
<i>Prévention communautaire et empowerment au cœur d'une démarche citoyenne</i>	
Partition de la prévention des drogues observée en Occident	5
<i>Milieu scolaire et universitaire</i>	
<i>Cadres communautaires</i>	
<i>Cercle familial</i>	
<i>Milieu professionnel</i>	
<i>Approche communautaire</i>	
<i>Approche médiatique</i>	
Conclusion	10
Références	10
Annexe : Objectifs de l'UE en matière de prévention des usages de drogues	13

¹ Agence décentralisée de l'UE dont la vocation est de promouvoir l'excellence scientifique dans la collecte et la diffusion de données factuelles, objectives, fiables et comparables sur les drogues et leurs conséquences.

² Réseau européen d'information sur les toxicomanies

Nomenclatures passées et présentes de la prévention des usages de drogues

Une applicabilité limitée des notions de prévention primaire, secondaire, tertiaire

Lorsque les pouvoirs publics s'attellent à la problématique de « la drogue »³ au début des années 1970, en occident, ils se réfèrent en matière de prévention à la définition établie en 1948 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour désigner les moyens susceptibles de contrecarrer le développement de pathologies. Cette définition distingue sous les vocables de prévention primaire, prévention secondaire et prévention tertiaire trois stades successifs d'intervention : l'évitement de l'apparition des pathologies, leur thérapeutique et enfin la réduction des complications associées aux maladies contractées (incapacités chroniques, invalidités fonctionnelles ou récidives). Ces phases répondent pour les deux premières au même objectif épidémiologique : la diminution de la prévalence⁴. La particularité de la prévention primaire est d'y contribuer en évitant l'apparition de nouveaux cas⁵, celle de la prévention secondaire est de traiter les cas curables.

Cependant, l'évolution du phénomène des drogues et de son appréhension ont rendu cette référence caduque dans le champ des addictions. En effet, par définition, le critère déterminant techniquement chacune de ces classes est le fait que le public-cible ait contracté ou non une pathologie donnée. Or la prévention des usages de drogues cible des comportements qui ne sont le plus souvent ni « diagnostiqués » par un expert, ni manifestes. On ne se situe donc pas exactement dans la prévention primaire, c'est-à-dire avant que les usages ne s'installent, car le statut de « non usager » de tout un public n'est pas plausible. Dans la pratique, il a été aisé de s'accommoder de cet écart en faisant l'hypothèse que les non usagers prédominent parmi les (jeunes) destinataires de la prévention. Cependant avec l'avènement de la réduction des risques, inclassable *stricto sensu* dans ce continuum de la prévention, le tableau s'est brouillé davantage : des acceptions informelles⁶ ont coexisté avec la définition originelle. Les carences de la notion de prévention primaire appliquée au champ des drogues ont été accentuées lorsque la nécessité de communiquer sur les abus, parallèlement aux usages simples, a été entérinée au niveau politique. Les ambiguïtés terminologiques ont alimenté le besoin d'une classification adaptée à la réalité programmatique et organisationnelle de la prévention des drogues. C'est l'ambition de la nomenclature définie par l'Institut de médecine de Chicago et désormais utilisée par les instances compétentes de l'UE.

Prévention universelle, sélective, indiquée : des notions plus opérationnelles

En 1994, l'Institut de médecine de Chicago⁷ propose une nomenclature distinguant la prévention universelle, sélective ou indiquée (indicated) qui, à bien des égards, s'avère plus pertinente que ne l'est celle de l'OMS (cf. supra) pour qualifier la prévention de comportements déviants ou inadaptés à la préservation de la santé. Elle est particulièrement adaptée à la prévention des usages de drogues mais aussi à la prévention de la délinquance, comme l'attestent diverses études anglo-saxonnes (Slaby et al., 1995).

La nomenclature de la prévention universelle, sélective ou indiquée est fondée sur un critère bien délimité par les données épidémiologiques, sociologiques et étiologiques aujourd'hui disponibles : l'ampleur du risque de rencontrer les comportements visés ou les facteurs contributifs au sein d'un

³ Le sujet est abordé à l'époque de façon générique, donc au singulier.

⁴ C'est-à-dire la réduction du nombre de cas détectés pour une affection donnée dans une frange de la population et dans une période déterminée.

⁵ En épidémiologie l'apparition de nouveaux cas est appelée l'incidence.

⁶ Un glissement conceptuel a pu émerger – établissant la réduction des risques comme le contenu de la prévention secondaire et reclassant le soin dans la prévention tertiaire.

⁷ Forum multidisciplinaire d'experts de santé publique de la région de Chicago collaborant à la résolution de problèmes scientifiques, éthiques, sociaux et économiques relevés dans le système de soins régional.

public par comparaison à la population générale. L'estimation du risque évolue avec la connaissance scientifique.

Schématiquement la prévention universelle concerne la population générale, la prévention sélective les groupes à risques et la prévention indiquée les publics manifestant un stade précoce du problème combattu (usagers récents, primo-délinquants etc.). Dans le champ des drogues, la prévention indiquée, en marge de la prise en charge, intègre le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB).

Ainsi, la *prévention universelle s'adresse* à des groupes de population générale sans identification a priori des risques individuels relatifs à un problème donné.

La *prévention sélective* est dirigée vers des groupes jugés plus vulnérables que la population générale face à un phénomène donné, de par leurs caractéristiques sociodémographiques, psychosociales, ou des composantes environnementales documentées comme des facteurs de risques.

La *prévention indiquée* est délivrée, généralement de façon individuelle, à des personnes qui manifestent les premiers signes ou des facteurs de risques du phénomène combattu.

La modération des usages et la réduction des risques peuvent être intégrées à ces trois niveaux d'intervention.

Réaliste et opérationnelle, cette nomenclature a été adoptée par la Stratégie antidrogue 2005-2012 de l'UE, qui en précisé quelque peu les contours.

Domaines d'intervention définis par la Stratégie antidrogue 2005-12 de l'UE

L'UE s'est dotée d'une stratégie à long terme, pour la période 2005-2012 (Conseil de l'Union européenne, 2004). Celle-ci traite à la fois de la réduction de la demande et de la réduction de l'offre et est étayée à travers deux plans d'actions successifs pour les périodes 2005-2008 (Conseil de l'Union européenne, 2005) et 2009-2012 (Conseil de l'Union européenne, 2008). Ces textes soulignent les principes généraux de l'action publique relevant des États membres. Ils fournissent les éléments édicteurs de sa programmation à travers des terrains d'intervention prioritaires, tout en respectant les principes de subsidiarité et de proportionnalité établis par les traités de l'UE. Enfin, le programme spécifique « Prévenir la consommation de drogue et informer le public » pour la période 2007-2013 (relevant du programme cadre « Droits fondamentaux et justice ») fournit des éléments complémentaires pour la mise en œuvre de ces plans d'action (Parlement européen et Conseil de l'Union européenne, 2007).

À travers ces différents textes, le Conseil de l'Europe appelle de ses vœux l'engagement des États membres dans les trois domaines de la prévention universelle, sélective ou indiquée, et le recours dans tous les cas à des approches ou programmes qui ont fait la preuve de leur efficacité (cf. annexe sur les objectifs de l'UE en matière de prévention).

Focus sur la modernisation des méthodes, l'école, les groupes à risques

L'objectif premier affiché par la Stratégie antidrogue 2005-2012 de l'UE en matière de prévention consiste à améliorer la couverture, l'accessibilité et l'efficacité des programmes. Le texte polarise également l'attention sur « les facteurs de risque précoce, la détection, la prévention ciblée et la prévention centrée sur la famille/la communauté. » L'UE se dote d'ambitions nouvelles quant au meilleur ciblage des groupes les plus vulnérables. Elle souligne l'importance d'intervenir auprès des familles et, pour la première fois, en appelle au ralliement de la société civile à la politique de lutte contre les drogues.

Le Plan d'action drogue 2005-2008 de l'UE recentrait encore l'attention sur les jeunes scolarisés, seul public explicitement désigné par le texte, en appelant au développement en nombre et en qualité des actions qui leur sont adressées, qu'il s'agisse de leur mise en œuvre complète ou de leur efficacité

(prévention universelle, objectif 8). Toutefois, ce plan ne précise pas la nature des groupes à risques pourtant considérés comme prioritaires (prévention sélective, objectif 9), ni davantage les cibles du repérage et de l'intervention précoces à renforcer (prévention indiquée objectif 10).

Le programme 2007-2013 « Prévenir la consommation de drogue et informer le public » encourage clairement l'application des bonnes pratiques (*evidence-based practices and policies*) et désigne des cibles prioritaires : les jeunes, les femmes, les habitants des quartiers difficiles et, globalement, les « groupes vulnérables ».

Tirant les enseignements de l'exercice précédent, l'actuel Plan d'action drogue (2009-2012) réaffirme ces trois domaines d'intervention en matière de prévention et insiste sur les progrès à réaliser « pour améliorer encore l'efficacité des mesures ». Il rappelle le besoin d'accorder « *une attention particulière aux groupes vulnérables* ». Il souligne l'importance de diversifier les cadres d'intervention de la prévention universelle en désignant explicitement l'école mais aussi les cadres récréatifs, le monde du travail et en évoquant aussi cette fois-ci le milieu carcéral (objectif 5).

Implication de la société civile : un nouvel enjeu politique

La Stratégie anti-drogue 2005-2012 mentionne les communautés parmi les destinataires à privilégier en matière de prévention des usages de drogues. La désignation des communautés – et dans une certaine mesure celle des familles – témoigne de la volonté du Conseil de l'Europe et de la Commission européenne de promouvoir l'engagement de la **société civile**⁸ dans la lutte contre les drogues. En effet, l'actuelle politique européenne en matière de drogues s'est construite avec, en toile de fond, la genèse d'une nouvelle forme de participation à l'élaboration des politiques de l'UE : l'initiative citoyenne européenne (ICE), introduite par le Traité de Lisbonne du 13 décembre 2007 (entré en vigueur le 1^{er} décembre 2009).

Le renforcement de la participation de la société civile à cette politique de lutte contre les drogues, mis en avant par la stratégie 2005-2012, compte parmi les premiers objectifs des deux plans d'action de l'UE. Le Plan d'action 2009-2012 parle « de créer une alliance entre les citoyens et les institutions créées par eux et pour eux ».

Prévention communautaire et *empowerment* au cœur d'une démarche citoyenne

Sans être citée explicitement, la question de l'approche communautaire transparaît à travers les énoncés de la stratégie européenne, faisant écho au principe d'intégration de la société civile dans la programmation de l'action publique.

L'approche communautaire connaît une acception et un ancrage culturel variables selon les États membres de l'UE. Originellement elle renvoie à une coopération entre institutions locales et citoyens pour définir et contribuer activement à l'implantation dans leur communauté d'actions adaptées aux besoins collectivement identifiés. Définie par le droit français, la « communauté » est une collectivité constituée autour d'un patrimoine commun – par exemple historique, culturel ou environnemental – indépendamment de la volonté de ses membres d'y appartenir et de s'y impliquer.

En occident, les communautés le plus souvent identifiées par les politiques publiques ou la recherche-action sont les habitants de quartiers sensibles, les groupes ethniques, les migrants, les communautés homosexuelles.

Cette dynamique « participative » est le socle de la « prévention communautaire » (*community-based prevention*), plus largement développée dans les pays anglo-saxons. La prévention communautaire associe aux décideurs et experts locaux des personnes qui n'interviennent pas au titre d'une mission institutionnelle, ni d'une technicité pointue. Au-delà du fait que leur appartenance à la communauté

⁸ Telle que définie par le Livre Blanc sur la gouvernance européenne, la société civile regroupe notamment les partenaires sociaux (syndicaux et patronaux), les organisations non gouvernementales (ONG), les associations professionnelles, les associations de citoyens sur les questions sociales locales, les œuvres caritatives, avec une contribution spécifique des Églises et communautés religieuses.

visée fait d'eux des publics-cibles potentiels, la légitimité de ces acteurs « civils » à contribuer aux programmes de prévention provient aussi de leur connaissance (empirique) de cette communauté : de ses valeurs, ses besoins, son fonctionnement, ses sensibilités et ses leviers d'action.

Un concept sous-jacent est celui de *l'empowerment*, terme traduisible par « autonomisation »⁹, renvoyant à la réappropriation par l'individu de sa destinée économique, professionnelle, familiale et sociale. Il suggère un processus social de reconnaissance, de promotion et d'habilitation des personnes dans leurs capacités à identifier leurs besoins, à les satisfaire, à mobiliser les ressources nécessaires de façon à se sentir en contrôle de leur propre vie (Gibson, 1991). En santé communautaire, *l'empowerment* renvoie à l'accroissement des capacités des individus, notamment ceux dont le pouvoir n'est pas reconnu a priori, à instiguer et suivre les mesures de santé publique qui les concernent. Cette notion d'autonomisation rejoint l'article 12 de la convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant (ratifiée le 20 novembre 1989), lequel établit le droit de l'enfant « d'exprimer librement son opinion sur toute question (et dans toute procédure judiciaire ou administrative) l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité ».

L'OEDT relève que les États membres de l'UE n'appréhendent pas tous la dimension communautaire d'un programme de prévention comme la participation active et la promotion d'un réseau social de citoyens non spécialistes ou sans responsabilité institutionnelle directe. À des fins de comparaison entre les États membres, l'OEDT et le Reitox ont intégré un critère supplémentaire moins ambitieux : celui de « prévention dans les communautés » (*community-located prevention*), sur la base du plus petit dénominateur commun, à savoir la communauté vue comme un cadre géographique et administratif d'intervention.

Partition de la prévention des drogues observée en Occident

Les orientations commentées précédemment dessinent une partition assez complexe de la prévention des usages de drogues. Mais l'on constate aujourd'hui une grande convergence des pays de l'UE, du moins au plan théorique, quant aux cadres d'intervention appropriés pour mettre en œuvre les politiques de prévention. Cette section propose un décryptage de cette structuration conceptuelle à la lumière des notions partagées au sein du Reitox. Les principales théories scientifiquement validées (*evidence-based*) appliquées à ces cadres d'intervention sont brièvement abordées. Les références se limiteront toutefois au champ des programmes pro-actifs (« allant au-devant des publics ») par opposition aux activités d'accueil et d'écoute.

Les pays européens identifient tous les cadres de vie collective « clos et contraints » comme appropriés aux mesures préventives car ils permettent théoriquement de capter un grand nombre d'individus. Il s'agit par exemple des établissements scolaires, professionnels, pénitentiaires etc. L'administration de ces milieux par une autorité généralement unique (l'Éducation nationale, l'administration pénitentiaire, la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), etc.) facilite le contrôle des conditions de mise en œuvre. Évidemment, des contraintes propres au fonctionnement de ces structures (techniques, déontologiques, idéologiques, économiques) limitent la faisabilité et l'effectivité des mesures préventives. Figurent ensuite des cadres collectifs où les forces décisionnelles sont multiples et peuvent s'équilibrer, laissant davantage d'expression aux acteurs civils. Les cadres communautaires au niveau des villes, des quartiers ou d'autres organisations sociales en sont un exemple. Le cercle familial en est une expression particulière.

⁹ « *Empowerment* » est parfois traduit par « capacitation » mais la signification de ce terme en biologie est très éloignée du sujet.

Figure 1 Cadres d'intervention et publics types de la prévention des usages de drogues

	<i>Prévention universelle</i>	<i>Prévention sélective</i>	<i>Prévention indiquée</i>	<i>Stratégies environnementales possibles</i>
Milieu scolaire ou universitaire	Élèves, étudiants	Élèves en difficulté scolaire	Usagers de drogues (UD) vus par services de santé scolaire	
Milieu du travail	Salariés, employés	Salariés en poste à vigilance, de sécurité (conduite de véhicule, port d'arme, manipulations délicates...)	UD identifiés par services de santé au travail	
Milieu carcéral ou judiciaire fermé	/	Population carcérale et PJJ	UD sous main de justice	
Cadres communautaires: -socio-éducatifs, -récréatifs, sportif	Publics en MJC, clubs sportifs	Habitants quartiers sensibles, Publics en insertion, sportifs intensifs/ haut-niveau, clients de bars/boîtes de nuit, teuffeurs	UD des espaces communautaires précités	
Cercle familial	Toutes familles	Familles socialement défavorisées ou marquées par des négligences, conflits, problèmes judiciaires	Familles avec un parent ou un enfant UD problématique	
Media	Population générale	Groupes à risques	/	
Approche communautaire possible (Supports médiatiques possibles)				

Tous ces cadres peuvent être le théâtre de mesures de prévention universelle, sélective, indiquée (cf. Figure 1), de nature pro-active ou « réceptive » selon que le public est le récepteur de l'intervention ou son initiateur volontaire. Tous peuvent se prêter à une approche communautaire, au sens d'une participation active des publics-cibles ou de leurs représentants ou faire l'objet d'une approche médiatique selon la forme – imprimée, audiovisuelle ou virtuelle – la plus adaptée. Des mesures coercitives ou de contrôle des marchés viennent également renforcer les actions pro-actives en altérant les incitations ou l'accès à la consommation dans l'environnement immédiat culturel, social, physique ou économique, d'un public-cible. On compte au rang de ces stratégies environnementales la prohibition, la limitation d'âge à la vente, la taxation, la restriction publicitaire, etc.

Milieus scolaire et universitaire

La prévention en milieu scolaire est le cadre prédominant de la mise en œuvre des politiques de prévention des usages de drogues en Europe. Souvent, les programmes menés dans ce contexte se révèlent méthodologiquement supérieurs à ceux conduits dans les communautés, car plus structurés et mis en œuvre de façon mieux maîtrisée (White and Pitts, 1998).

Les dernières méta-analyses sur la prévention des usages de drogues désignent l'approche dite d'**influence sociale** comme la plus susceptible d'infléchir les consommations en population générale comme chez les groupes à risque (Hawks et al., 2002, Cuijpers, 2002a, Tobler et al., 2000, Sussman et al., 2004, Roe and Becker, 2005). Les programmes relevant de l'influence sociale ont connu un essor remarquable aux Etats-Unis et au Canada. Ils se développent aussi en Australie, en Nouvelle-Zélande et plus récemment en Europe comme au Danemark (Ringsted experience), en Allemagne, Espagne, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Norvège, Roumanie, Slovaquie et République tchèque (McAlaney et al., 2011).

Le principe premier est de stimuler les capacités de résistance à la pression sociale, qu'elle soit active, à travers l'offre de produits et l'exhortation à la consommation, ou passive du fait d'une assimilation d'un modèle social, de la surestimation des consommations des pairs ou de leur acceptation des usages. Différentes méthodes sont alors exploitables et documentées comme pertinentes : le démenti des croyances erronées sur la réalité des consommations (*normative education*), la clarification des valeurs associées aux drogues (*value clarification*) (Hansen, 1992, Roe and Becker, 2005, Sussman et

al., 2004) et le développement des compétences de vie ou compétences psychosociales (*lifeskills*), l'un des formats les plus répandus des actions en milieu scolaire. Ce dernier vecteur renvoie à des aptitudes sociétales (attitude prosociale, communication, affirmation de soi, résolution de problèmes, stratégie d'ajustement (*coping*), gestion des conflits ou de l'agressivité, capacité de refus, etc.), cognitives (raisonnement, esprit critique, prise de décision, estime de soi, etc.) et émotionnelles (gestion de la colère, du stress, contrôle de soi, compréhension des émotions, etc.) (Domitrovich and Welsh, 2000, Inpes, 2008, Webster-Stratton and Taylor, 2001). Dans un schéma idéal, les programmes s'inscrivant dans l'influence sociale doivent articuler action en face-à-face et campagne médiatique. S'agissant des campagnes médiatiques, la théorie des normes sociales suscite un engouement croissant sur la scène internationale (cf. section Approche médiatique), notamment à l'endroit des jeunes adultes (étudiants, actifs, chômeurs) (Polymerou, 2007).

Les approches développées à l'égard des étudiants sont peu documentées par rapport à celles dirigées vers les élèves de l'enseignement secondaire. Les démarches pro-actives à grande échelle auprès de ces jeunes adultes sont complexes à mettre en œuvre en dehors de temps obligés mais assez limités que sont les périodes d'inscription, de rentrée ou de visite médicale. Une action plus régulière requiert d'intervenir lors des événements festifs. Enfin, l'entretien motivationnel à l'initiative des services préventifs ou médicaux universitaires semble le principal mode de prévention indiquée exploité auprès des étudiants.

Cadres communautaires

Les programmes menés dans un cadre communautaire (quartiers, communautés de vie, etc.) prolongent la réponse publique hors des cadres institutionnels « obligés ». Cependant on note à ce jour une insuffisance de preuves sur leur efficacité réelle (Buehler and Kroeger, 2006, Hawks et al., 2002). Globalement, l'organisation d'actions dans les cadres communautaires est plus complexe qu'en espace fermé (écoles, entreprises, associations sportives, services institutionnels, etc.) mais peut revêtir aussi quelques avantages. Par exemple, le ciblage des publics par genre apparaît plus aisé à travers les cadres communautaires, où garçons et filles sont plus spontanément séparés dans leurs activités qu'ils ne le sont « à l'école ». Par comparaison, cette répartition est techniquement et déontologiquement plus compliquée en milieu scolaire, en dehors des filières à surreprésentation masculine ou féminine ou des établissements réservés à l'un des sexes.

Cercle familial

Il est aujourd'hui établi que l'usage d'alcool et de drogues est plus probable chez les jeunes dont les parents consomment ou véhiculent directement ou non l'idée que ces usages sont ordinaires (Ary et al., 1999, Jackson et al., 1999, Kosterman et al., 1997, Stanton et al., 2000). Inversement, les normes et les attitudes défavorables aux usages de drogues licites ou illicites manifestées par les parents tendent à détourner leurs enfants de ces pratiques. Malgré leur croyance, les jeunes gardent en considération les préférences exprimées par leurs parents au moins jusqu'à leurs 13-14 ans et si, à cet âge, l'influence des pairs s'accroît, celle des parents demeure significative (Sawyer and Stevenson, 2008).

Le plus souvent, les interventions auprès des familles consistent en des formations parentales auprès de foyers où le problème de consommation est prégnant (prévention sélective ou indiquée). Ces interventions, individuelles ou en groupe, ont lieu au domicile, à l'école ou en centre de soin. Les formations comportementales à la parentalité (*behavioural parent training*) et les thérapies familiales sont citées parmi les mesures les plus prometteuses de renforcement de la cohésion familiale (*family strengthening*) (Kumpfer and Alvarado, 2003). Elles consistent en substance à la transmission de techniques pour imposer l'autorité parentale et à des mises en situation durant la période de formation (jeu de rôle, exercice réel dans le foyer) (Shaffer et al., 2001). Elles abordent des dimensions comportementales, cognitives et émotionnelles, comme la gestion de la colère de l'enfant,

l'émulation d'une discipline positive et non-violente, le renforcement positif, la connaissance du développement de l'enfant, la communication parent-enfant, etc.) (Inpes, 2008).

Pour espérer un impact à long terme, il est essentiel d'inscrire ces formations/thérapies dans une approche globale, c'est-à-dire de les coupler à des actions auprès des jeunes (compétences psychosociales), ou des personnels scolaires (apprentissage coopératif, renforcement positif, gestion des conflits, etc.), en mobilisant la communauté locale (adultes-référents, événements, campagne médiatique, services communaux, etc.) (*ibid.*).

Selon les évaluations disponibles, trois types de formations à la parentalité seraient à même de faire reculer les usages de drogues des enfants des familles bénéficiaires ; ces programmes s'intitulent : *Focus on Families*, *Preparing for the Drug-Free Years* et, le plus répandu en Europe, *Strengthening Families* (Gates et al., 2006).

Ce type de programmes est développé dans plusieurs pays européens aujourd'hui. Diverses techniques sont employées pour rallier les familles les plus vulnérables (distribution de nourriture, gratifications financières, garde d'enfants). La difficulté du recrutement des familles et celle de leur maintien dans les programmes de formation appellent l'intervention d'acteurs-relais communautaires (leaders d'opinion, parents témoignant d'une expérience similaire positive, etc.) (United Nations Office on Drugs and Crime, 2009).

Milieu professionnel

En milieu professionnel, le dépistage est la principale mesure appliquée en guise de prévention des consommations de drogues. Cependant, il repère les usages problématiques déjà installés et il intervient souvent sur une base coercitive. Le repérage précoce et l'intervention brève (prévention indiquée) figurent comme des solutions socialement plus acceptables par les salariés. En amont, des initiatives de prévention collectives à destination des salariés peuvent avoir leur place. Un pré-rapport du Bureau international du travail des Nations Unies relatait en 1997 que les buveurs modérés étaient à l'origine d'un bien plus grand nombre de problèmes impliquant l'alcool sur leur lieu de travail que leurs collègues grands buveurs (International Labour Organization, 1998).

L'organisation sur le temps de travail de programmes de prévention à grande échelle soulève certes la question d'un manque à gagner pour l'entreprise à court terme. Cette problématique doit cependant être mise en regard avec le coût occasionné par la rotation, la baisse de productivité, les accidents et les conflits engendrés par les usagers ainsi que leur absentéisme et celui de leurs proches pour pouvoir les assister.

Peu d'études décrivent la prévention universelle ou sélective des usages de drogues dans le monde du travail. Le sujet n'est pas documenté non plus par l'OEDT. On peut cependant citer l'exemple nord-américain du programme « *Team Awareness* », premier reconnu par le SAMSHA – Agence fédérale des États-Unis d'Amérique sur les abus de substance et la santé mentale – comme un modèle de prévention en milieu professionnel. Parallèlement à des *focus groups* préparatoires, à la formation d'un superviseur sur site, le programme *Team Awareness* comprend six modules de formation pour les employés sur la base de groupes de discussion, jeux de rôle, exercices de communication et auto-évaluations. L'objet est de développer le sentiment d'une responsabilité commune dans la prévention des usages et le respect des limites réglementaires internes, de démanteler tabous et préjugés sur les usages, de proposer des alternatives saines de gestion du stress et de résolution de problèmes, de stimuler les capacités d'écoute en interne et de faire émerger des référents, ou acteurs relais volontaires, au sein du personnel. Ce dernier point contribue à favoriser la mise en œuvre d'un programme de soutien pérenne pour les employés.

Approche communautaire

Plusieurs études documentent la meilleure efficacité des programmes de prévention, notamment en milieu scolaire, ou des campagnes médiatiques lorsqu'ils combinent une composante communautaire (des acteurs relais externes) (Slater et al., 2006, White and Pitts, 1998).

Une transposition simple du concept *d'empowerment* consiste à associer des pairs du public finalement destinataire des actions de prévention à leur conception et leur programmation, voire à leur mise en œuvre. Cependant la recherche appliquée est peu conclusive sur l'impact de cette association, plusieurs études soulignant son efficacité par comparaison aux programmes uniquement basés sur l'intervention d'adultes (Cuijpers, 2002b, Gottfredson and Wilson, 2003), d'autres réservant un jugement plus nuancé (Parkin and McKeganey, 2000). Pour ce qui est des actions adressées aux jeunes, il peut s'agir aussi d'associer des parents à leur organisation. Évaluer l'impact de leur participation est ardu, principalement du fait de la difficulté d'engager et de maintenir les parents dans les programmes. Cependant, plusieurs revues de la littérature témoignent de l'efficacité de leur intégration aux démarches de prévention (Hawks et al., 2002, Kumpfer and Alvarado, 2003, Kumpfer and Johnson, 2007, Shepard and Carlson, 2003).

Approche médiatique

De nombreux parallèles existent entre les résultats qui ont force de recommandations pour les mesures de prévention en face-à-face et ceux des campagnes médiatiques. On retiendra notamment le potentiel d'une approche basée sur les normes sociales (Vicary and Karshin, 2002, DeJong et al., 2006), la valeur ajoutée de projets multimodaux et multi-contextuels, notamment lorsqu'ils sont relayés par des dispositifs de soutien dans l'environnement social.

À l'instar de l'évolution observée en Amérique du nord, l'approche basée sur les normes sociales est de plus en plus utilisée en Europe dans les campagnes médiatiques visant à réduire les usages de drogues (McAlaney et al., 2011). Elle consiste à corriger la tendance fréquente qu'ont les individus (de toutes origines) à surévaluer non seulement les niveaux de consommation attribués à leur groupe social mais aussi la permissivité de leurs pairs face aux usages de drogues, y compris les plus lourds. Or la surestimation des normes d'usages perçues chez les autres est hautement prédictive de ses propres abus (Haines et al., 2003, Wolfson, 2000, Clapp and McDonnell, 2000, Perkins and Wechsler, 1996). Le processus complet de ces campagnes dites « de *marketing* social » implique un retour d'information personnalisé vers les individus sur le décalage existant entre leur perception et la réalité des consommations et des opinions de leurs pairs. Plusieurs études et revues de la littérature concluent à l'efficacité de ce type de *feedback* personnalisé (Walters and Neighbors, 2005, Neighbors et al., 2004, Collins et al., 2002). Internet peut être aisément exploité pour un tel système d'auto-évaluation et de comparaison aux « normes d'usages », comme le font par exemple le site anglais Unitcheck (www.unitcheck.co.uk) (Bewick et al., 2008) ou ceux des universités du Montana (<http://www.montana.edu/health/healthpromo/drugprevention.php>) et de Boston (<http://www.alcoholscreening.org/Home.aspx>) (Neighbors et al., 2004). Ce type de campagne paraît particulièrement pertinent à l'endroit des jeunes adultes. Il est relativement populaire dans les universités américaines. Dans le champ de la prévention universelle et sélective, il semble plus adapté aux modes de vie et à la disponibilité des jeunes adultes, étudiants ou actifs, que des interventions en face-à-face.

L'importance d'une bonne articulation des contenus et des calendriers entre campagnes médiatiques et programmes de prévention est soulignée dans le plan d'action de l'UE 2005-2008 (objectif 9), suggérant l'intérêt, dans l'organisation politico-administrative française, d'une programmation nationale de ces deux versants.

Conclusion

Les stratégies nationales des États membres de l'UE comme la stratégie de l'UE affirment la nécessité de déployer les politiques de prévention dans les divers milieux de vie sociale. Le besoin de mieux atteindre les groupes à risques est généralement reconnu également.

Le fondement théorique et la mise en œuvre effective des contenus et des modalités d'intervention sont aujourd'hui ardemment défendus par le Conseil de l'Europe et la Commission européenne. Cela transparaît dans les documents politiques *ad hoc* mais aussi à travers les travaux récents de l'OEDT engagés dans le champ des bonnes pratiques.

La prise en compte des nombreux cadres d'intervention et publics-cibles appelle à une programmation raisonnée et intégrée des diverses stratégies préventives. Il importe de veiller à la complémentarité des contenus et à la synchronisation des calendriers de mise en œuvre, pour la synergie des effets opérés dans les divers environnements investis (scolaires, familiaux, professionnels, communautaires) et à travers les différents modes de transmission (media et face-à-face). Le but est aussi de ventiler rationnellement, dans les temps restreints impartis, la transmission de connaissances et les composantes interactives nécessaires à la persuasion.

Les avancées des connaissances sociologiques, étiologiques et épidémiologiques des usages des drogues et de leurs facteurs associés permettront d'actualiser et d'affiner la définition de la vulnérabilité face à l'offre des produits.

Dans le contexte d'un domaine encore en construction, la recherche et l'animation d'un **réseau de réflexion sur les approches de prévention et les bonnes pratiques** sont capitales pour l'avancée et le partage des connaissances validées. L'OEDT souhaite intensifier cette dynamique à laquelle l'OFDT devrait participer. La question d'un groupe national de réflexion semble aujourd'hui pertinente.

Références

- ARY, D. V., JAMES, L. & BIGLAN, A. (1999) Parent-daughter discussions to discourage tobacco use: Feasibility and content. *Adolescence*, 34, 275-282.
- BEWICK, B. M., TRUSLER, K., MULHERN, B., BARKHAM, M. & HILL, A. J. (2008) The feasibility and effectiveness of a webbased personalised feedback and social norms alcohol intervention in UK university students: A randomised control trial. *Addictive Behaviors*, 33, 1192-1198.
- BUEHLER, A. & KROEGER, C. (2006) Report on the prevention of substance abuse. Köln, Federal Centre for Health Education BzgA.
- CLAPP, J. D. & MCDONNELL, A. L. (2000) The relationship of perceptions of alcohol promotion and peer drinking norms to alcohol problems reported by college students. *Journal of College Student Development*, 41, 20-26.
- COLLINS, S. E., CAREY, K. B. & SLIWINSKI, M. J. (2002) Mailed personalized normative feedback as a brief intervention for at-risk college drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 559-567.
- CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE (2004) Stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012).
- CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE (2005) Plan d'action drogue de l'Union européenne (2005-2008). *Journal officiel de l'Union européenne n° C 168 du 08/07/2005*.
- CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE (2008) Plan d'action drogue de l'Union européenne (2009-2012). *Journal officiel de l'Union européenne n° C 326/7 du 20/12/2008*.
- CUIJPERS, P. (2002a) Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addict Behav*, 27, 1009-23.

- CUIJPERS, P. (2002b) Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison. *J Drug Educ*, 32, 107-19.
- DEJONG, W., SCHNEIDER, S. K., TOWVIM, L. G., MURPHY, M. J. & AL., E. (2006) A multisite randomized trial of social norms marketing campaigns to reduce college student drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 67, 868-879.
- DOMITROVICH, C. E. & WELSH, J. A. (2000) Developmental models for interventions to prevent conduct problems. . Moser SR, Frantz CE. *Shocking violence: youth perpetrators and victims. A multidisciplinary perspective* Springfield, Charles C Thomas Publisher.
- GATES, S., MCCAMBRIDGE, J., SMITH, L. A. & FOXCROFT, D. (2006) Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- GIBSON, C. H. (1991) A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- GOTTFREDSON, D. C. & WILSON, D. B. (2003) Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prev Sci*, 4, 27-38.
- HAINES, M. P., BARKER, G. P. & RICE, R. (Eds.) (2003) *Using social norms to reduce alcohol and tobacco use in two midwestern high schools.*, San Francisco.
- HANSEN, W. B. (1992) School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980 - 1990. *Health Education Research. Theory & Practice*, 7, 403-430.
- HAWKS, D., SCOTT, K. & MCBRIDE, M. (2002) *Prevention of psychoactive use. selected review of what works in the area of prevention*, World Health Organisation.
- INPES (2008) *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces*, Saint-Denis.
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (1998) Substance abuse and the workplace: Current state of research and future needs. Geneva, International Labour Organization.
- JACKSON, C., HENRIKSEN, L. & DICKINSON, D. (1999) Alcohol-specific socialization, parenting behaviors and alcohol use by children. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 362-367.
- KOSTERMAN, R., HAWKINS, J. D., SPOTH, R., HAGGERTY, K. P. & ZHU, K. (1997) Effects of a preventive parent-thinking intervention on observed family interactions: Proximal outcomes from preparing for the drug free years. *Journal of Community Psychology*, 25, 337-352.
- KUMPFER, K. L. & ALVARADO, R. (2003) Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58, 457-65.
- KUMPFER, K. L. & JOHNSON, J. L. (2007) Strengthening family interventions for the prevention of substance abuse in children of addicted parents. *Adicciones*, 19, 13-25; discussion 31-3.
- MCALANEY, J., BEWICK, B. & HUGHES, C. (2011) The international development of the 'Social Norms' approach to drug education and prevention. *Drugs: education, prevention and policy*, 18, 81-89.
- NEIGHBORS, C., LARIMER, M. E. & LEWIS, M. A. (2004) Targeting misperceptions of descriptive drinking norms: Efficacy of a computer delivered personalised normative feedback intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 434-447.
- PARKIN, S. & MCKEGANEY, N. (2000) The rise and rise of peer education approaches. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 7, 3.
- PARLEMENT EUROPÉEN ET CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE (2007) Programme spécifique «Prévenir la consommation de drogue et informer le public». *Journal officiel de l'Union européenne n° L 257 du 25/09/2007*, 23-29.
- PERKINS, H. W. & WECHSLER, H. (1996) Variation in perceived college drinking norms and its impact on alcohol abuse: A nationwide survey. *Journal of Drug Issues*, 26, 961-974.

- POLYMEROU, A. (2007) *Alcohol and Drug Prevention in Colleges and Universities. A Review of the Literature*, London, Mentor.
- ROE, E. & BECKER, J. (2005) Drug prevention with vulnerable young people: a review. . *Drugs: education, prevention and policy* 12, 85-99.
- SAWYER, T. M. & STEVENSON, J. F. (2008) Perceived Parental and Peer Disapproval Toward Substances: Teen Decisions:Discussion *Journal of Primary Prevention*, 29, 465-477.
- SHAFFER, A., KOTCHICK, B. A., DORSEY, S. & FOREHAND, R. (2001) The past, present, and future of behavioral parent training: interventions for child and adolescent problem behavior. *Behavior Analyst Today*.
- SHEPARD, J. & CARLSON, J. S. (2003) An empirical evaluation of school-based prevention programs that involve parents. *Psychology in Schools*, 40, 641-656.
- SLABY, R., ROEDEL, W. & ALII, E. (1995) Early Violence Prevention: Tools for Teachers of Young Children. Washinton, DC, National Association for the Education of Young Children.
- SLATER, M. D., KELLY, K. J., EDWARDS, R. W., THURMAN, P. J., PLESTED, B. A., KEEFE, T. J., LAWRENCE, F. R. & HENRY, K. L. (2006) Combining in-school and community-based media efforts: reducing marijuana and alcohol uptake among younger adolescents. *Health Educ Res*, 21, 157-67.
- STANTON, B. F., LI, X., GALBRAITH, J., CORNICK, G., FEIGELMAN, S., KALJEE, L. & AL., E. (2000) Parental underestimates of adolescent risk behavior: A randomized, controlled trial of parental monitoring intervention. *Journal of Adolescent Health*, 26, 18-26.
- SUSSMAN, S., EARLEYWINE, M., WILLS, T., CODY, C., BIGLAN, T., DENT, C. W. & NEWCOMB, M. D. (2004) The Motivation, Skills and Decision-Making Model of "Drug Abuse " Prevention. *Substance Use & Misuse*, 39, 1971-2016.
- TOBLER, N. S., ROONA, M. R. & ALII, E. (2000) School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275-336.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (2009) Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention. Vienna, UNDCP.
- VICARY, J. & KARSHIN, C. (2002) College alcohol abuse: A review of the problems, issues, and prevention approaches. *Journal of Primary Prevention*, 22, 299-331.
- WALTERS, S. T. & NEIGHBORS, C. (2005) Feedback interventions for college alcohol misuse: what, why and for whom? *Addictive Behaviors*, 30, 1168-1182.
- WEBSTER-STRATTON, C. & TAYLOR, T. (2001) Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). *Prevention Science* 2, 165-192.
- WHITE, D. & PITTS, M. (1998) Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction* 93, 1475-87.
- WOLFSON, S. (2000) Student's estimates of the prevalence of drug use: Evidence for a false consensus effect. *Psychology of Addictive Behaviours*, 14, 295-298.

Annexe : Objectifs de l'UE en matière de prévention des usages de drogues

Citation des objectifs de la Stratégie antidrogue 2005-2012 de l'UE en matière de prévention :

1. Améliorer l'accès aux programmes de prévention ainsi que l'efficacité de ces derniers (effet initial et à long terme) et mener des actions de sensibilisation aux risques liés à la consommation de substances psychoactives et aux conséquences qu'elle peut avoir. À cette fin, les mesures de prévention devraient concerner notamment les facteurs de risque précoce, la détection, la prévention ciblée et la prévention centrée sur la famille/la communauté.

2. Améliorer l'accès aux programmes (mesures) d'intervention précoce, en particulier pour les jeunes ayant consommé des substances psychoactives à titre d'essai.

Citation des objectifs du Plan d'action drogue de l'Union européenne (2009-2012) s'agissant de la prévention des usages de drogues

Le Plan d'action 2009-2012 cite nommément les trois domaines de prévention des usages de drogues. L'on décèle cependant entre les différentes versions linguistiques des erreurs terminologiques ou de traduction :

- la prévention universelle est transcrite de façon erronée comme « prévention à caractère général » dans le descriptif de l'Action 10 de l'objectif 5, mais est correctement traduite en « universal prévention » dans la version anglaise ;
- la prévention indiquée est qualifiée de façon erronée comme « indicative » dans le libellé de l'Action 12 relevant de l'objectif 6 ;
- la désignation de « un accès facilité à des services de conseil » (Action 12) doit être entendue comme « un accès à bas-seuil d'exigence à des services de conseil ».

Table 1 Objectifs de prévention du Plan d'action drogue de l'UE (2009-2012)

Objectif	Action proposée
5 Prévenir la consommation de drogue et les risques qui y sont associés	10. Promouvoir l'innovation dans le cadre de programmes et d'interventions de prévention (universelle) (...) à caractère général, évalués et fondés sur des données probantes, et mettre lesdits programmes et interventions systématiquement en place dans différents milieux (par exemple, pour les jeunes, dans les maisons des jeunes et les écoles et, pour les adultes, sur les lieux de travail et dans les prisons), en visant à prévenir ou à retarder la première consommation de drogue. La prévention doit aussi viser la polytoxicomanie (usage combiné de substances illicites et licites, en particulier l'alcool), ainsi que la conduite sous l'influence de la drogue.
6. Prévenir les comportements à haut risque des toxicomanes – y compris la consommation par injection – par une prévention ciblée	11. Perfectionner les techniques de dépistage, de détection et d'intervention précoces et mettre en place une prévention sélective évaluée efficace pour les groupes vulnérables risquant fortement de tomber dans un usage problématique de drogue, y compris la consommation de drogue par injection. 12. Poursuivre l'élaboration et la mise en œuvre d'une prévention évaluée efficace et indicative ciblant les groupes spécifiques à haut risque de (poly)toxicomanes en offrant un accès facilité à des services de conseil, en assurant la gestion des comportements problématiques et en menant des actions d'information, si besoin est.