

des réflexions,  
des pratiques autour  
du champ des drogues  
légalles et illégales

# d é p e n d a n c e s

**Prévention?  
Un coup de projecteur  
sur une scène  
diversifiée**

# d é p e n d a n c e s

août 01 / no 14

3

## Editorial

*Michel Graf*

4

### Prévention non spécifique: la santé malgré soi

*Martial Gottraux*

8

### La recherche rend-elle la prévention efficace? L'exemple des adolescents

*Pierre-André Michaud - Karen Klaue*

13

### De l'art de surfer entre intuition et gestion des attentes des «turfistes»

*Rainer Frei*

18

### Critères de qualité et promotion de la santé: luxe ou nécessité?

*Brigitte Ruckstuhl*

22

### Prévenir la toxicomanie: un combat mythique

*Gérard Pradelle*

28

### *Post-scriptum: Formation en dépendances: de l'hétérogénéité au consensus professionnel*

*Bhama Steiger*

31

## Cours Séminaires

*Michel Graf*  
*directeur-adjoint de l'ISPA*  
*co-rédacteur*

**T**out le monde est d'accord sur un point au moins en matière de prévention dans le domaine des dépendances: il FAUT en faire! Une fois cette affirmation posée, le débat peut s'installer et les divergences s'exprimer, tant sur les moyens à mettre en œuvre que sur les objectifs et finalités des actions développées.

On s'achoppe alors sur des conceptions différentes de la prévention, tantôt orientée vers une politique de santé publique et jugée par trop hygiéniste par ses détracteurs, ou s'attachant à influencer les politiques sociales et taxée alors de militantiste, quand elle n'est pas centrée sur les produits et leurs risques et soupçonnée alors de vouloir faire la morale ou envie d'en consommer... Le sujet de la consommation des drogues légales et illégales touche, il est vrai, à des débats de société essentiels: la liberté de chacune et chacun de faire ce qu'il veut de sa vie et de sa santé, tout comme la manière de vivre et stimuler ses plaisirs, en passant par les questions existentielles et valeurs fondamentales qui amènent une personne à consommer ou non l'un ou plusieurs de ces produits psychotropes.

De plus, le métier d'acteur et concepteur en prévention est très récent, au point de ne pas avoir encore trouvé de dénomination satisfaisante: préventionniste, préventologue, spécialiste en prévention? Basé historiquement sur de bons sentiments envers son prochain, le travail de prévention peine à se professionnaliser de manière pointue (voir en cela le post-scriptum sur la formation...). Pour développer leurs actions, les professionnels d'aujourd'hui oscillent entre intuition, gestion des attentes et besoins du public (mais de quel public: parents, ados, enseignants, politiciens?) et résultats de recherches scientifiques, sans pour autant pouvoir vérifier pleinement l'impact de leur travail préventif sur la population visée, puisque d'autres actions ou événements ont eux aussi une influence - parfois plus forte encore - sur le comportement sanitaire des individus. Dès lors, difficile de parler de critères de qualité dans un domaine où beaucoup de choses sont encore floues; c'est pourtant à travers les questions posées par l'évaluation de projets que les professionnels de la prévention vont affiner et clarifier leurs objectifs de travail et devenir de plus en plus efficaces!

Les auteurs invités à s'exprimer dans ce numéro donnent autant de coups de projecteurs sur ces nombreuses interrogations et nous apportent leur vision de la prévention, issue de leur pratique professionnelle. Un numéro totalement dans la ligne rédactionnelle de dépendances - "des réflexions et des pratiques" - qui a vu le jour à l'occasion du Salon national de la prévention des dépendances de Bienne, organisé par RADIX en mars dernier. Trois articles sont en effet directement tirés des conférences plénières de ces journées: il s'agit de celui de P.-A Michaud et K. Klaue, de celui de R. Frei et de l'article de B. Ruckstuhl.

# Prévention non spécifique: la santé malgré soi

*Martial Gottraux, professeur de sociologie à l'École d'études sociales et pédagogiques, EESP, Lausanne*

*Cette contribution part d'une évidence: lorsque les gens sont en bonne santé, cela résulte en grande partie de comportements qui n'ont pas ce but. Est-il alors possible d'identifier les pratiques qui sont bénéfiques "malgré soi", de les soutenir, de les développer? Tel est l'enjeu de ce que l'on pourrait appeler une "épidémiologie du bonheur" et de la prévention "non spécifique" qui en découle. Cette orientation a été récemment suivie par l'auteur lors de l'élaboration du volet "amélioration de l'environnement social" du cadre cantonal de la prévention, dans le canton de Vaud<sup>1</sup>. Il en résulte un fourmillement de propositions dont très peu, il faut le noter, requièrent la mobilisation de ressources affectées explicitement à la prévention.*

Supposons qu'une collectivité publique, une commune par exemple, soit soucieuse de promouvoir une meilleure compréhension entre suisses et immigrés et de préserver leur santé par une alimentation équilibrée. Il existe un moyen: créer des jardins familiaux et les rendre accessibles aussi bien aux suisses qu'aux immigrés, réfugiés en particulier. Cette réalisation permet de développer une sociabilité interculturelle, laquelle est reconnue comme un moyen efficace de lutter contre les préjugés, voire le racisme. Mais on peut également en attendre une amélioration des pratiques alimentaires, et ce à un coût favorable. Petit plus: il est bien sûr parfaitement possible d'associer une diététicienne à cette expérience. Un complément préventif qui serait du reste d'autant plus efficace que cette personne serait elle-même... jardinière.

Anecdote? Bien sûr. Mais la vie n'est qu'une suite d'anecdotes dont certaines peuvent nous rendre malades ou nous faire mourir. Alors généralisons.

## **La santé: un effet émergent?**

Les études épidémiologiques nous ont habitués à identifier les facteurs de risque des dépendances et autres déviations, ce qui fonde la légitimité de stratégies de prévention et de promotion de la santé visant à peser sur ces facteurs par divers moyens, campagnes d'information par exemple. Mais prenons le problème à l'inverse et considérons des personnes qui sont en bonne santé. Ce que nous

pourrions appeler une "épidémiologie du bonheur" ou du bien-être peut nous apprendre qu'un bon état de santé découle en grande partie de comportements qui n'ont pas forcément ce but. En d'autres termes, les acteurs sociaux peuvent finaliser leurs actions sur des objectifs non préventifs tout en obtenant un effet positif non forcément voulu dans ce domaine. Certes! Ce qu'il est convenu d'appeler la "médicalisation du comportement" amène les individus à assigner des objectifs validés par les sciences médicales à un grand nombre de leurs pratiques. Mais il s'en faut de beaucoup que le référentiel médical soit explicitement mobilisé et ce pour un grand nombre des actions que nous entreprenons.

Après tout... aller cueillir des champignons dans une forêt est vraisemblablement bon pour la santé, le système cardio-vasculaire en particulier, que l'on se dise ou non à chaque pas que notre espérance de vie y gagne quelques secondes...

On voit donc que trois cas de figure peuvent être considérés:

- L'acteur social finalise explicitement son comportement sur un objectif préventif: il ne fume pas pour être en bonne santé, par exemple. Dans un tel cas, on comprend que l'adoption du comportement "sain" découle directement du système de valeurs, de la culture de l'individu. Avec une conséquence bien connue: les effets de sélection sociale que peuvent induire les stratégies explicites de prévention.
- Plus intéressant: les gens peuvent assigner à leurs comportements des objec-

tifs à la fois préventifs et extrapréventifs. Il arrive après tout que des convives mangeant sainement recherchent également une primesautière gustativité... Dans ce cas, on constate un moindre effet de sélection sociale puisque un même message préventif est plus fortement compatible avec les variations culturelles des publics-cibles.

- Encore plus intéressant: il s'agit de l'ensemble des pratiques sociales qui, sans être finalisées sur cet objectif, produisent néanmoins des effets dans le domaine de la prévention. Cette dernière, selon la terminologie de Raymond Boudon, est alors un "effet émergent" de l'action<sup>2</sup>. On peut alors penser que la vie sociale peut être lue comme un énorme gisement préventif, d'une prévention... qui ne dit pas son nom. C'est ce que j'appelle une prévention "non spécifique". On comprend l'enjeu: supposons que nous soyons capables d'identifier les actions productrices d'effets préventifs non spécifiques. Il est alors possible de les développer. Tel est l'enjeu de ce que j'appellais plus haut une "épidémiologie du bonheur ou du bien-être", laquelle ne se borne pas à identifier des facteurs de risque mais vise également à repérer les pratiques sociales, y compris extrasanitaires, qui en déterminent l'occurrence, même hors de toute conscience de l'acteur social.

Mais venons-en à quelques problèmes posés par une orientation non spécifique.

## Que faut-il dire?

Supposons qu'un "préventologue" établisse la réalité d'un effet non spécifique de prévention. Il est possible, comme nous l'avons vu plus haut, que les acteurs sociaux ne soient pas conscients de ces effets. Est-il alors nécessaire, en cas de renforcement des pratiques non spécifiques, de communiquer aux acteurs sociaux que leurs comportements débouchent AUSSI sur des effets positifs pour la santé? Le problème est plus complexe qu'il n'y paraît au premier abord. Dans certains cas (celui du cueilleur de champignons par exemple) la solution semble évidente: on ne voit pas en quoi il serait négatif d'informer la population du fait que la marche à pied, quels que soient ses objectifs, est également bonne pour la santé. Mais il est également possible que

spécifique engendre un effet pervers: rendre difficile d'atteindre la finalité explicite de l'action. Dans ce cas, le préventologue peut hésiter à communiquer ce qu'il sait, prenant alors bien évidemment le risque d'une manipulation du comportement de l'acteur social. C'est ainsi qu'une étudiante de l'EESP, Carmela Pennella, a mis en évidence de façon convaincante le rôle de prévention des affections psychiatriques légères (dépressions par exemple) joué par les coiffeurs et coiffeuses<sup>3</sup>. Mais cet effet est précisément produit du fait que, dans l'interaction entre coiffeur et client, ce dernier n'est pas considéré ou stigmatisé comme porteur de problèmes. Diffusons largement l'idée que les coiffeurs jouent un rôle thérapeutique et il se pourrait bien que la relation avec leurs clients en soit altérée. Telle est en tout cas la crainte exprimée par les milieux de la coiffure lorsque nous leur avons présenté le travail de cette étudiante. Autre exemple: on sait que la Fondation 19 entend promouvoir la santé par la pratique de la danse. Ce qui pose un problème tout simple: est-il possible de danser correctement et de regarder son (sa) partenaire de la même manière qu'usuellement, sachant que chaque mouvement est censé améliorer sa santé?

Dans la mesure où l'on peut penser que rares sont nos pratiques qui n'ont pas d'effets sur notre santé, on voit également que la communication systématique des effets préventifs des comportements sociaux pourrait venir renforcer la médicalisation de notre culture. Dans une optique non spécifique, il n'est pas stupide de penser que l'Office Fédéral de la Santé Publique serait alors légitimé à financer une bonne partie des pratiques de notre vie quotidienne, suivant en cela la piste ouverte par... la Fondation 19! La solution ne consiste-t-elle alors pas, tout simplement, à valoriser les pratiques que nous savons être bénéfiques, dans le respect de la culture et des finalités que leur assignent les acteurs sociaux? C'est en tout cas bien ce que suggère l'étude des rapports entre la santé et l'environnement social.

## De la santé à l'homme de Davos

Dans l'objectif de valider les propositions que nous avons soumises à la commission cantonale vaudoise de prévention dans le domaine de l'amélioration de l'environnement social, nous avons pro-

cedé à une revue de la littérature portant sur les rapports entre la sociabilité primaire et secondaire et la santé. Des études souvent complexes, quelquefois contradictoires, mais qu'il est possible de réduire à leur plus simple expression, de "compacter" comme disent les informaticiens. Que nous disent-elles alors? Des affirmations qui sont le plus souvent d'une angélique simplicité, marquées du bon sens, proches des représentations des acteurs sociaux eux-mêmes. Ainsi:

- Celui qui a appris et expérimenté le fait que la vie vaut la peine d'être vécue tendra à la préserver.
  - Celui qui a expérimenté le fait qu'il est reconnu comme utile et qui est valorisé par autrui aura une meilleure estime de soi.
  - Celui qui aura développé des compétences lui permettant de résoudre les problèmes de la vie quotidienne s'adaptera de façon positive à la réalité et ne mobilisera pas des stratégies de déni de ses aspirations à être heureux.
- Etc...

Constatons alors le fait que l'environnement social contribue de façon très variable à la production de telles expériences. C'est dire que toute démarche de prévention non spécifique doit se situer dans le cadre plus général de l'évolution des rapports sociaux et de leur impact sur la santé et le bien-être. A cet égard, de toutes les contributions consacrées à l'étude de l'évolution des rapports sociaux dans la société actuelle marquée par la "nouvelle économie", c'est peut-être l'analyse de Richard Sennett qui est à la fois la plus lucide, mais alors aussi la plus cruelle et accusatrice<sup>4</sup>. Une seule citation, à mon sens, résume tout: "Au niveau le plus élémentaire" dit-il, "le lien social naît d'un sentiment de dépendance mutuelle. Tous les grands principes de l'ordre nouveau traitent la dépendance comme une situation honteuse" (Sennett, 2000, p.197. "Il y a confusion" poursuit-il plus loin "sur la réponse à la question: qui a besoin de moi?" (ibid, p.208).

Le refus ostensible de la dépendance à l'égard d'autrui peut se comprendre dans une société de plus en plus marquée par l'insécurité des conditions de travail et de vie. Refuser la dépendance est en effet un moyen efficace de moins souffrir. Un moyen, cependant, qui peut être lui-même générateur d'une angoisse identitaire, tant il est vrai que nous ne sommes nous-mêmes que par la reconnaissance d'autrui. Le compréhensible refus de la

dépendance peut alors conduire... aux dépendances: l'alcool, bien d'autres drogues, produisent eux des effets sûrs, attendus, prévisibles, au moins dans un premier temps et contrairement aux rapports sociaux dans lesquels nous pouvons être engagés. Autant dire que toute mesure permettant de rendre le monde plus prévisible, sécurisant, relève de la prévention non spécifique des dépendances ainsi que de bien d'autres affections. N'en déplaise à l'homme de Davos. Cette optique est alors lourde d'implications, aussi bien pour le politique que pour les acteurs préventifs.

## Une moindre visibilité institutionnelle?

Si toute mesure affectant l'environnement et les comportements sociaux peut, au moins potentiellement, engendrer des effets sur la santé, alors l'Etat, en tant que disposant d'un pouvoir important sur l'aménagement des conditions de vie, se doit de subordonner toute décision à un examen de ses effets potentiels sur la santé. Il existe un moyen très simple d'introduire un souci de prévention non spécifique au sein des activités publiques: que tout projet de loi et de décret ne soit proposé aux législatifs qu'avec un avis d'experts précisant les possibles conséquences de chaque mesure sur la santé et les déviations. Cette formule, déjà existante dans le canton du Tessin, devrait être généralisée, y compris au plan fédéral. Nous pourrions alors constater qu'avec des modifications mineures, le plus souvent peu onéreuses, il serait possible de contribuer à la santé de la population, même s'agissant de dispositions législatives n'ayant pas explicitement cet objectif. C'est ainsi que

nous avons proposé qu'un volet de soutien aux professionnels de proximité soit intégré dans la politique économique de l'Etat, à raison des fonctions de soutien social jouées par ces professionnels. Dans ce contexte, le rôle de l'acteur préventif change partiellement. Il n'est plus seulement porteur de projets spécifiques, à forte visibilité, dont les finalités sont exclusivement préventives. Il joue également un rôle de conseiller, s'agissant de toute pratique sociale, ainsi que le suggère l'exemple des jardins familiaux décrit plus haut. Ce faisant, l'effet préventif escompté de l'action peut rester dans l'ombre, selon la volonté des acteurs sociaux eux-mêmes. Avec, bien évidemment, le risque de reléguer le préventologue au second plan. Seuls les organismes hantés par la visibilité sociale requise par un bon positionnement sur le marché de la prévention pourraient s'en inquiéter.

## Des propositions

Traduite en actes, en projets, la conception que nous défendons ici débouche sur de nombreuses propositions, déjà réalisées, du reste, pour certaines d'entre elles. Quelques exemples:

- Au plan scolaire, on peut attendre beaucoup d'une prise de responsabilité des élèves en matière de production des prestations – pédagogiques et extrapédagogiques – qu'ils consomment: participation à la gestion des cantines scolaires, développement des réseaux réciproques d'échange de savoir, valorisation et sécurisation des chemements piétonniers par exemple.
- La promotion du bien-être à la place de travail peut produire des effets positifs,

en particulier en matière d'addictions, de sécurité, ainsi que l'a notamment démontré le programme "Ton Monde, mon Monde" initié par Pro-Juventute. Plusieurs de nos propositions s'inscrivent dans cette optique, par exemple: l'idée de valoriser les compétences parentales en milieu scolaire, de développer l'associativité sur les lieux de travail, etc...

- Un nombre infini de projets peuvent relever de l'animation socio-culturelle. Une idée d'actualité, ici: organiser la visite à pied de l'exposition 2002, depuis les quatre coins du canton, avec des lieux d'hébergement relais.

Quiconque fréquente les milieux de la prévention est fréquemment soumis aux discours de Caliméros plus ou moins crédibles, se plaignant du fait que seules des sommes infimes sont consacrées à la promotion de la santé. Affirmation juste s'agissant de la prévention spécifique. Fausse, si l'on tient compte de la prévention non spécifique. En fait, le seul enjeu véritable n'est pas réellement financier. Il réside en la préservation et dans le développement du formidable capital préventif dont nous disposons actuellement, et ce quand bien même il ne se désignerait pas comme tel.

---

## Références

1. Martial GOTTRAUX: Amélioration de l'environnement social, rapport à la commission cantonale de prévention, Service de la Santé Publique, Lausanne, février 2001
2. Raymond BOUDON: Effets pervers et ordre social, PUF, Paris, 1977
3. Carmela PENNELLA: Recoiffer le moral, EESP, Lausanne, 1997
4. Richard SENNETT: Le travail sans qualités, Paris, 2000

# La recherche rend-elle la prévention efficace? L'exemple des adolescents

*Pierre-André Michaud, professeur associé, médecin chef, Unité multidisciplinaire de santé des adolescents et IUMSP, Lausanne - Karen Klaue, chef de projet, Groupe de recherche sur la santé des adolescents, IUMSP, Lausanne*

*Les relations entre chercheurs et praticiens de terrain sont parfois difficiles: d'un côté, il arrive fréquemment que les chercheurs, fortement attachés au monde académique, se forment une idée biaisée de la situation sur le terrain et soient plongés dans leurs hypothèses et leurs analyses sans ressentir la nécessité de discuter des prémisses de leurs travaux ou d'en partager le fruit avec d'autres professionnels. De leur côté, les praticiens de terrain, cliniciens, thérapeutes, éducateurs, chargés de prévention ne voient pas toujours les apports pratiques de recherches dont les prémisses et le déroulement leur échappent quelque peu (1). Cette présentation se fonde sur la double expérience de l'auteur comme clinicien et comme chercheur, une expérience centrée essentiellement sur la santé des adolescents. Elle passe en revue, sans les épuiser, divers niveaux et objectifs de prévention des conduites de dépendance en insistant sur la nécessité d'en évaluer la portée et l'impact.*

## **Prévenir ... évaluer ... les conduites de dépendances**

Un premier malentendu pourrait s'installer autour du concept même de dépendance: d'une part, certaines conduites sont largement médiatisées, alors que d'autres, comme l'abus d'alcool ou les troubles de la conduite alimentaire sont plus volontiers passés sous silence. D'autre part, beaucoup de personnes encore dans le public ont tendance à confondre l'usage et l'abus de substance; la majorité des adolescents font un usage récréatif et occasionnel de psychotropes qui s'inscrit dans des conduites exploratoires propres à cette période de la vie et seule une minorité, toutes substances confondues, en font un usage problématique, un usage associé à des problèmes de santé, des échecs scolaires et professionnels ou encore des dettes et de la délinquance. Finalement, une plus petite minorité encore deviennent dépendants. Philippe Jeammet et Daniel Marcelli ont montré que les conduites de dépendances signifient avant tout une rupture, un blocage du processus développemental du processus d'autonomisation dans lequel un individu, un adolescent déplace des relations des personnes aux choses (2,3). En d'autres termes, *les conduites de dépendance sont avant tout des symptômes d'un malaise ou de problèmes*, ce dont les activités de prévention doivent à tout prix tenir compte.

Mais, au delà des aspects individuels de la dépendance, il faut bien voir aussi la manière dont la société gère de telles conduites, au plan de la visibilité et de l'accessibilité des produits, de la législa-

tion, la manière aussi dont ses membres se représentent les produits et leurs effets jouent un rôle considérable. La prévention va donc s'adresser à la fois aux individus et aux collectivités et elle va devoir s'intéresser à la fois aux consommations et à tous les facteurs qui la sous-tendent. On distingue donc classiquement les préventions primaire, secondaire et tertiaire, qui visent tour à tour des individus sains avant qu'un problème n'apparaisse, des individus placés dans des situations de risque et enfin des personnes souffrant de difficultés et ayant besoin d'un appui pour surmonter leur situation. En d'autres termes, la plupart des activités de prévention primaire s'adressent essentiellement à des communautés, alors que les activités de prévention secondaire et tertiaire sont plus souvent centrées sur des individus - et leur environnement proche - affrontant certaines situations ou difficultés. Enfin, alors que certaines activités visent spécifiquement à empêcher certains comportements, comme par exemple le fait de fumer, d'autres cherchent plutôt à agir en amont sur les facteurs susceptibles de favoriser des conduites de dépendances. Dans cette perspective, terminons cette brève mise en place des concepts en soulignant qu'avec la Charte d'Ottawa (4), les professionnels engagés dans des activités de prévention se sont dotés d'un instrument de réflexion et d'intervention novateur, qui met l'accent sur la participation et la responsabilité individuelles et collectives des publics-cibles, dans une optique positive, promotionnelle.

Que vient faire la recherche dans ce cadre-là? (5). *La recherche épidémiolo-*

*gique descriptive* vise à circonscrire des phénomènes. S'agissant de l'usage de drogue, elle cherchera à répertorier, dans différentes populations, le pourcentage de personnes possédant tel ou tel savoir, exhibant telle ou telle attitude et croyance ou encore adoptant tel ou tel comportement, avec les conséquences que de tels comportements peuvent entraîner (6-9). Ces études, malgré leurs limites et leurs imperfections, permettent non seulement de se rendre compte de l'état de la situation, mais aussi d'établir des comparaisons d'une période à une autre, d'un groupe à un autre, d'une région à une autre, apportant leur lot de bonnes et moins bonnes nouvelles. Ainsi, les recherches menées ces dernières années révèlent une augmentation importante de l'usage de tabac par les jeunes filles, de cannabis par les jeunes des deux sexes, tant en quantité qu'en fréquence; elles démontrent aussi que si la consommation globale d'alcool dans la population ne semble pas augmenter, il existe, tant chez les jeunes filles que les garçons, une tendance accrue à la consommation d'alcool en quantité excessive durant un court laps de temps, ce que les anglo-saxons appellent le "binge drinking" (8). L'intérêt de ces études est donc de donner aux responsables de santé publique et aux professionnels du terrain une description de la situation et de son évolution dans différents domaines, et donc des arguments scientifiques pour accorder la priorité à tel ou tel thème de prévention. Ainsi, le fait que divers organismes publics et privés se soient vu accorder des subsides pour la prévention du suicide chez les jeunes n'est probablement pas étranger au fait que nous sommes l'un des pays dans lesquels le taux de décès par suicide chez les jeunes est le plus élevé (10).

*Les études d'évaluation* cherchent à mettre en évidence l'impact de différentes mesures de soins et de prévention, soit en décrivant les processus mis en jeu, soit leurs conséquences directes sur les populations visées. Elles peuvent se révéler utiles aux gens du terrain en leur permettant de mieux orienter ou réorienter leurs interventions (11-13). Comme la suite de cet article va l'illustrer, il importe de distinguer entre la mesure des processus et celle de l'impact: d'un côté il s'agit d'examiner la manière dont une action de prévention définie est conçue et implantée, si elle se déroule selon le programme prévu, si elle a atteint le public auquel elle était destinée, éventuellement le degré de satisfaction du public-cible.

De l'autre, il importe de savoir si les objectifs définis au départ ont été atteints, soit de savoir si on observe des changements de connaissances, d'attitudes ou de comportements attendus dans le groupe cible visé (il existe d'ailleurs aussi, dans certains domaines, des moyens indirects de procéder à de telles évaluations, comme de suivre des courbes de morbidité ou de mortalité, la vente de certains produits, etc.).

### **La prévention collective auprès des adolescents**

Comme esquissé plus haut, il existe deux formes de prévention primaire. La première est axée sur une approche non spécifique qui vise avant tout à rendre les

L'intérêt de ces études est de donner aux professionnels du terrain une description de la situation et de son évolution



Photo Interfoto

*Améliorer l'image que les adolescents ont d'eux-mêmes*

adolescents plus sensibles aux différents aspects des conduites addictives et à leur donner les moyens de ne pas devenir dépendants d'un produit. La seconde vise expressément l'abstention de diverses consommations spécifiques, qu'il s'agisse du tabac, d'alcool ou de drogues considérées comme illégales. Si la seconde stratégie trouve son utilité auprès des jeunes déjà fortement engagés dans les processus de l'adolescence et qui ont, pour leur majorité, déjà été confrontés à diverses consommations, il est actuellement devenu évident que la prévention auprès des jeunes adolescents ne doit plus se centrer sur des produits mais sur l'acquisition de compétences (11,14,15). En d'autres termes, il ne sert à rien de faire peur aux jeunes adoles-



cents, et des exposés détaillés sur les méfaits des drogues ne font bien souvent que les encourager à “essayer pour voir”. Une chercheuse bien connue des Etats-Unis a recensé les différents programmes de prévention primaire des dépendances (15) et arrive aux conclusions suivantes:

- il est important de prévoir des programmes sur une certaine durée; des interventions ponctuelles sont habituellement sans effet durable, comme on pourrait s'en douter
- les interventions les plus efficaces font participer les jeunes de façon interactive, par exemple sous la forme de jeux de rôle, de théâtre ou de formation de jeunes médiateurs - “peer-lead programs” (16) qui sont formés à servir à leurs camarades de relais et d'appui
- pour qu'une activité ait un impact suffisant, il importe qu'elle se déroule dans un cadre conceptuel global: en d'autres termes, il ne suffit pas de travailler uniquement sur les compétences en matière d'attitudes et de comportements face aux drogues, mais il faut aussi donner aux adolescents l'occasion d'améliorer leur capacité de négociation et l'image qu'ils ont d'eux-mêmes
- enfin, et ce point sera discuté en conclusion de cette présentation, l'idéal serait que les programmes mis sur pied, en général dans les écoles, soient en relative congruence avec les messages diffusés dans la communauté.

Il existe divers exemples de ces approches dans notre pays. Par exemple, la troupe “caméléon” travaille dans de nombreux établissements de Suisse romande et offre des spectacles dans lesquels les jeunes sont invités à participer, se mettant ainsi en situation. L'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies met à disposition des enseignants ou d'autres intervenants de nombreux outils d'intervention interactifs. Cette philosophie d'intervention s'inspire largement de concepts très voisins qui ont dominé la recherche et les interventions ces dernières années: la Charte d'Ottawa, signée il y a un peu plus de 10 ans (17), insiste sur la nécessaire participation des publics-cibles sur la définition et la mise en place des actions de promotion de la santé qui leur sont proposées. Dans ce même courant, divers auteurs ont développé les notions de salutogenèse (18) ou de résilience (19). Dans ces deux cas, l'accent est mis non pas sur les problèmes présentés par les individus, mais sur les ressources

dont ils disposent, soit à titre personnel, soit dans leur environnement. Les recherches menées selon cet axe de pensée aboutissent toutes à des constatations très convergentes (20):

- l'importance d'un lien consistant et significatif entre intervenant et adolescents et le rôle favorable d'une continuité dans le travail de prévention
- l'impact d'un cadre chaleureux, interactif, fournissant aux adolescents des limites mais aussi des possibilités de s'exprimer, d'expérimenter, de participer. Ainsi, les travaux de Fortin (21,22) et de Rutter (23) ont-ils démontré l'efficacité d'une pédagogie active et d'une philosophie d'établissement cohérente dans la prévention des conduites déviantes, surtout auprès de populations défavorisées.

C'est dire, en conclusion à ce premier pan de réflexion touchant à la prévention primaire, qu'une approche respectueuse et efficace de la prévention primaire ne peut s'effectuer que dans un cadre global impliquant l'ensemble de la communauté visée dans une optique positive.

## La prévention individuelle auprès des adolescents

Une bonne partie des éléments de réflexion qui viennent d'être présentés valent aussi pour ce qui touche à la prévention secondaire. Cette partie de la présentation se centre sur l'approche que divers professionnels peuvent avoir auprès de jeunes en situation de risque. Insistons au passage sur la notion de jeunes en “situation de risque”, qui se démarque clairement de celle de jeunes à risque, fortement condamnable aux plans stratégique et éthique (24). L'adolescence est une période de changements rapides, marquée par le désir de découvrir et d'expérimenter, d'où la tendance, pour la grande majorité des jeunes, de s'engager dans ce que plusieurs auteurs français ont appelé il y a plusieurs années “conduites d'essai” (25), transitoires dans la majorité des cas. Par ailleurs, ce ne sont souvent pas tant les jeunes qui sont à risque mais bien l'environnement dans lequel ils se meuvent qui peut constituer un risque potentiel. Malheureusement, bien de ces comportements d'expérimentation sont largement stigmatisés dans notre société et tendent à enfermer certains jeunes dans leur situation. Ainsi, parler de

“situation de risque”, c'est modifier la représentation que l'on peut avoir d'une problématique et ouvrir la réflexion à un possible changement, laisser la porte ouverte à une évolution favorable, tant au niveau de l'individu que de son milieu.

La littérature nous fournit d'amples listes de telles situations (26,27): au plan de l'environnement, ce sont avant tout le dysfonctionnement familial, une situation socio-économique précaire, un environnement géographique défavorable, une accessibilité importante aux produits, l'absence de législation claire, alors qu'au plan personnel, on relève souvent une dépression sous-jacente ou un état anxieux, l'impulsivité et les troubles de l'attention, des difficultés scolaires et d'apprentissage ou des affections psychiatriques graves.

Le travail auprès de jeunes placés ainsi en situation de risque comporte deux volets, tous les deux grevés de difficultés: d'abord leur identification, et l'évaluation du rapport qu'ils entretiennent éventuellement déjà avec des produits psychotropes, et ensuite la mise en place de stratégies d'accompagnement efficaces. Si la première étape n'est pas toujours difficile à réaliser, la seconde est entachée de problèmes importants. Ainsi, dans une évaluation du travail d'orientation et de conseil effectué par des infirmières de santé publique dans le cadre d'un service de santé scolaire pour des adolescents vaudois de 15 à 19 ans, il s'est avéré que les adolescents souffrant de problèmes somatiques suivaient bien volontiers les conseils des infirmières consultées; en revanche, en présence de situation à risque, elles éprouvaient de grandes difficultés à convaincre les adolescents à se mettre en contact avec des structures d'accompagnement (28). A la suite de cette évaluation, les infirmières ont perfectionné leur formation dans l'écoute et la guidance des jeunes faisant face à des problèmes psychosociaux, elles ont amélioré leur connaissance du réseau d'aide existant et ont surtout pris l'habitude, dans des situations extrêmes, d'accompagner elles-mêmes les jeunes vers des structures adéquates. On voit à nouveau apparaître dans cette évolution l'importance du lien, d'une relation chaleureuse et empathique et de la continuité des soins et des prises en charge. En d'autres termes, il faut imaginer des stratégies qui permettent d'aller le plus possible à la rencontre des jeunes éprouvant des difficultés et de les assister dans la formulation d'une demande d'appui.

Une fois la démarche engagée, encore faut-il pouvoir proposer des programmes d'accompagnement efficaces. Que nous apprend la recherche sur les ingrédients d'une telle démarche?

- D'abord que l'impact d'un programme se mesure bien souvent à la qualité de l'accueil réservé aux jeunes et au niveau de formation des professionnels oeuvrant dans de telles structures. Ainsi, un chercheur aux Etats-Unis a-t-il récemment démontré, à l'aide d'une recherche qualitative par focus group, que l'un des facteurs qui conditionnaient le maintien dans un programme multimodulaire de jeunes en situation de risque était, au delà de ce qui leur était offert concrètement, le sentiment qu'ils avaient qu'on les respectait et qu'on souhaitait qu'ils aient un avenir et réussissent dans la vie<sup>1</sup>. Dans une perspective assez semblable, une recherche menée il y a 3 ans dans les cantons de Vaud et du Valais auprès de jeunes en rupture d'apprentissage a démontré que l'un des facteurs prédisant le mieux la réinsertion professionnelle était le sentiment que les jeunes avaient que les adultes, leur patron, leur faisaient confiance (29).
- L'autre aspect qui revient souvent dans la littérature (29-32) est la nécessité de mettre en place une approche multimodulaire qui englobe une aide dans les différents secteurs que sont 1. La scolarité et la formation professionnelle (axe didactique), 2. Les loisirs et la vie avec les pairs (axe socio-culturel) et 3. La vie de famille et le soutien éducatif (axe éducatif et psychologique).

C'est d'ailleurs de cette philosophie que s'inspire le programme supra-f (pour Suchtprävention Forschung) soutenu par l'Office fédéral de la santé publique (33,34). Environ 14 centres de Suisse alémanique et de Suisse romande offrent à des adolescents de 12 à 20 ans confrontés à des situations difficiles un accompagnement personnalisé, dans l'idée d'éviter qu'ils ne deviennent dépendants de drogues ou qu'ils développent des conduites déviantes. Le programme supra-f prévoit donc des activités dans les trois secteurs qui viennent d'être mentionnés, relayées par un important travail de réseau avec les autres institutions travaillant localement avec des adolescents. Cette approche fait l'objet d'une recherche dans le cadre de laquelle les jeunes bénéficiant d'une telle aide sont vus dès leur intégration dans le pro-

gramme, puis 6 mois et 18 mois plus tard.

D'autres programmes (35), comme celui mis en place à Genève par l'Association "le Point" visent - sans se centrer uniquement sur des jeunes rencontrant des difficultés personnelles - un travail global auprès de la communauté, en favorisant les liens entre école et parents, entre membres de la communauté et élus politiques, à travers des activités d'animation, la création de lieux de parole, la mise en place de médiation. Néanmoins, force est de reconnaître que ces programmes sont difficiles à évaluer dans la mesure où ils visent très globalement à améliorer le bien-être et la qualité de vie de l'ensemble d'une population donnée, des objectifs ambitieux mais malaisés à apprécier.

### Prévention primaire, prévention secondaire?

Cette revue, loin d'être exhaustive, passe sous silence un certain nombre d'enjeux d'importance qui devraient faire l'objet d'un débat public. Nous en retiendrons trois:

- Un premier enjeu est plutôt d'ordre stratégique: s'agit-il d'encourager les adolescents à l'abstinence ou plutôt de leur permettre de consommer des substances psychotropes de façon récréative, dans un climat. On le sait, les Etats-Unis privilégient la première voie en interdisant par exemple de servir de l'alcool dans les lieux publics avant 21 ans. La France voisine privilégie la consommation raisonnable, témoin le slogan déjà ancien "un verre ça va, trois verres bonjour les dégâts".
- Dans cet ordre d'idée, force est de reconnaître qu'il est difficile pour les adolescents de s'y retrouver face aux messages contradictoires livrés par la société en matière de produits psychotropes: si la vente d'alcool est interdite aux moins de 16 ans, qui diable s'en soucie? Si le tabac tue chaque année des centaines de personnes en Suisse, qui se soucie dans notre pays de limiter la publicité éhontée qui lui est faite dans les médias qui s'adressent prioritairement aux jeunes? Relevons à ce propos le rôle néfaste et invisible joué, dans notre pays comme dans d'autres, par certains lobbies comme celui du tabac, rôle mis en évidence récemment par un rapport commandité par le Fonds national suisse de la recherche

scientifique<sup>2</sup>.

- Mais au-delà de ces aspects législatifs, il faut surtout réaliser que de larges pans de la population feignent de ne pas voir que les véritables enjeux liés à l'usage et l'abus de psychotropes par de nombreux jeunes sont liés à une évolution de notre société qui privilégie la réussite rapide, la performance, la concurrence et la consommation. Les conduites de dépendances ne sont pas le fait des jeunes seulement, mais bien une tendance secrétée par l'ensemble de notre système économique.
- Dans une collectivité qui privilégie la recherche de sensations et les conduites extrêmes au détriment de celle du sens, (36) comment ne pas comprendre que les adolescents eux aussi tendent à consommer des produits de façon abusive, pour leurs effets obnubilatoires?

Ainsi, l'avenir de la prévention ne passe-t-il pas par une réflexion approfondie et l'ouverture d'un débat large sur les véritables causes de l'abus de substances? Les jeunes, à travers leurs consommations abusives, n'invitent-ils pas les adultes à réfléchir à leurs propres consommations et à leurs propres dépendances? Enfin, quelle place souhaitons-nous laisser aux jeunes eux-mêmes dans ce débat dont ils sont bien souvent absents, par manque de perspective d'avenir, par manque de confiance dans leurs aînés et dans le monde que nous leur avons préparé...

### Notes

1. Ginsberg & al, communication personnelle
2. Lee CY, Glantz SA. The Tobacco Industry Successful Efforts to Control Tobacco Policy Making in Switzerland. 2001. Disponible sur internet: <http://www.library.ucsf.edu/tobacco/swiss>

### Bibliographie

1. Michaud PA, Baudier F, Choquet M, Mansour S (Ed.). La santé des adolescents: quels liens entre recherche et prévention? Ed CFES, Paris, 1994 226 pp.
2. Jeammet Ph.: Les destins de la dépendance à l'adolescence, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1990, 38 (4-5), 190-199.
3. Marcelli M. La dépendance. In : Michaud PA, Alvin P & al (Ed.) La santé des adolescents, approches soins prévention. Ed. Payot, Doin et PUM, 1997 pp. 379-386
4. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé; une conférence internationale pour la

- promotion de la santé: vers une nouvelle santé publique. Ottawa, Health and Welfare Canada, 1986; 4p.2.
5. Dab W. *Epidémiologie*. In: Brücker G, Fassin D, eds. *Santé publique*, Paris, Ellipses, 1989, pp. 11- 53
  6. Janin-Jacquat, François Y. *Konsum psychoaktiver Substanzen bei Schüler/innen in der Schweiz*. Nationale Ergebnisse der Umfrage zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern im Alter von 11 bis 15 Jahren. *Abhängigkeit* 1999 1: 5-23
  7. Arènes J, Janvrien MP, Baudier F. *Baromètre santé jeunes 97/98*. Ed. CFES Paris 1998
  8. Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. *Health and Health Behaviour among Young People*. HBSC WHO Cross-National Study, World Health Organization, HEPCA Series Nb. 1 2000
  9. Calmonte R, Koller C, Weiss W. *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1997*. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, 2000 127 pp.
  10. Rey C, Michaud PA, Ferron C. *Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse: le rôle des médecins*. *Arch Pédiatr* 1997 4: 784-792
  11. Millstein SG, Petersen A, Nightingale EO. *Promoting the Health of Adolescents*. Oxford University Press 1993
  12. Baumann M, Deschamps JP, Pechevis M, Tursz A. *Projets de recherche et mémoire en santé publique et communautaire*. Ed CIE, Paris 1991 159 pp.
  13. Pineault R, Dabveluy C. *La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies*. Ed.de l'Arc. Ottawa 480 p. (1986)
  14. Blanchet L, Laurendeau MC, Saucier JF. *La prévention et la promotion en santé mentale: préparer l'avenir*. Gaetan Morin, Montréal, 1993
  15. Tobler, N.S. & Stratton, H. *Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research*. *Journal of Primary Prevention*, 1997 18: 71-128.
  16. Baudier F, Bonnin F, Michaud C. *les groupes de pairs et la promotion de la santé*. In: Michaud PA, Alvin P. & al (Ed.). *La santé des adolescents, approches, soins, prévention*. Payot Doin PUM Ed, Lausanne, 1997 pp. 585-593
  17. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé; une conférence internationale pour la promotion de la santé: vers une nouvelle santé publique*. Ottawa, Health and Welfare Canada, 1986
  18. Antonovsky A. *The salutogenic model as theory to guide health promotion*. *Health Promotion*. 1986; 1:11-18.
  19. Werner EE. *Protective factors and Individual Resilience*. In: *Handbook of Early Intervention*. Cambridge University Press 1986.
  20. Hetherington E M, Blechman E A. *Stress, Coping, and Resiliency in Children and Adolescents*. Lawrence Erlbaum Assoc Publ, New-Jersey, 1996, 245 pp.
  21. Fortin J. *GASPAR ou comment bien vivre à l'école*. *Réadaptation* 1996: 429
  22. Michaud PA, Fortin J. *La santé scolaire*. In: Michaud PA, Alvin P. & al (Ed.). *La santé des adolescents, approches, soins, prévention*. Payot Doin PUM Ed, Lausanne, 1997 pp. 601-610
  23. Rutter M. *Resilience: Some Conceptual Considerations*. *J Adol Health* 1993 14: 626-631
  24. Michaud PA, Blum RW, Ferron C. *"Bet you I will!" Risk or experimental behavior during adolescence?* *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998 152: 224-226.
  25. Tomkiewicz S. *Les conduites de risque et d'essai*. *Neuropsychiatr Enf* 1989; 37:261-264
  26. Dryfoos, J.G. *Adolescents at Risk: Prevalence and prevention*. New York, Oxford, Oxford University Press, 1990
  27. Hawkins, J.D., Catalano, R.F. & Miller, J.Y. *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention*. *Psychological Bulletin*, 1992, 112: 64-105.
  28. Michaud P.-A., Resplandino J., Annaheim J., Hervy V. *Evaluation d'une activité de conseil en matière de santé dans des centres professionnels et des gymnases vaudois: méthodologie et premiers résultats*. *Med soc & prev* 1985, 30:203-204.
  29. Ferron C, Cordonier, Delbos Piot I, Schallbetter P, Michaud PA. *La santé des jeunes en rupture d'apprentissage: une recherche-action sur les modalités de soutien, les déterminants de la santé et les facteurs favorisant une réinsertion socio-professionnelle*. Rapport de recherche, IUMSP, Lausanne, 1997
  30. Catalano, R.F., Haggerty, K.P., Gainey, R.R., Hoppe, M.J. & Brewer, D.D. *Effectiveness of prevention interventions with youth at high risk of drug abuse*. In W.J. Bukoski & R.I. Evans (Eds): *Cost-benefit/cost-effectiveness research on drug abuse prevention: implications for programming and policy*. Rockville, MD: NIDA Research Monograph 1998 176 pp.
  31. Carmona, M. & Stewart, K. *A review of alternative activities and alternative programs in youth-oriented prevention*. Division of Knowledge Department and Evaluation, Center for Substance Abuse Prevention (CSAP), Technical report Nb. 13, 1996.
  32. Catalano, R.F., Berglund, M.L., Ryan, J.A.M., Lonczak, H.S., Hawkins, J.D. *Positive Youth Development in the United States: research findings on evaluation of positive youth development programs*. Social development Research Group, University of Washington, School of Social Work, Seattle, Washington, 1998.
  33. Office Fédéral de la Santé Publique. *supra-f: Ein Suchtpräventions-Forschungsprogramm für gefährdete Kinder und Jugendliche*. Programme de recherche en prévention des dépendances chez les jeunes à risque. Berne, 1999.
  34. Wicki, W., Stübi, B., Hüsler, G., Michaud, P.-A. & Steffen T. (2000) *Präventionsforschung bei Jugendlichen im Suchtbereich: Erkenntnisse für die Praxis*. Suchtforschung des BAG, recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1996-98. Band 2/4: *Prävention*. Office fédéral de la santé publique, 1998
  35. Hyndman, B. & Giesbrecht, N. *Community-based substance abuse prevention research: rhetoric and reality*. *Addiction*, 1993, 88: 1613-1616.
  36. Le Breton D. *Passion du risque*. Editions Métailié, Paris, 1991, 190 pages.

# De l'art de surfer entre intuition et gestion des attentes des "turfistes"\*

*Rainer Frei, ZEPRA, Centre de prévention et de promotion de la santé, Département de la santé publique du canton de St-Gall, St-Gall*

*(Réd) Repris de sa conférence donnée dans le cadre du Salon national de la prévention des dépendances, les 14 – 16 mai 2001, cet article fait le bilan des multiples attentes que chacun et chacune d'entre nous a envers la prévention; l'auteur souligne, non sans humour, que cet article, selon lui et dans la perspective de ce qu'il développe, ne satisfera pas – ou que partiellement – les attentes de tous les lecteurs... Puisse-t-il se tromper sur ce point!*

Traduction: Elizabeth Neu -  
Mots composés

Dans la réalité de la prévention, à première vue, les choses sont claires. Tout se passe comme si l'on savait clairement ce que l'on attend de la prévention et que la prévention faisait en sorte de répondre à ces attentes ou s'y efforçait en tout cas. Cette première impression, plutôt floue, explique notamment pourquoi les politiques et politiciens de tous bords ne courent aucun risque en insistant sur l'importance de la prévention des dépendances. Mais en demandant des précisions, on constate – pardonnez-moi ces clichés – que la prévention des dépendances, ce sera tantôt un cours de wendo à l'école enfantine pour la représentante du mouvement alternatif et tantôt un test d'urine au centre de transit pour le délégué des Démocrates Suisses. (Je reviendrai plus tard sur le fait qu'à l'évidence, ni l'une ni l'autre de ces mesures n'ont quoi que ce soit à voir avec la prévention des dépendances.)

En y regardant de plus près, on constate que la prévention fait l'objet d'attentes très diverses. Reste à déterminer dans quelle direction nous voulons, devons ou pouvons orienter notre regard, à définir jusqu'où nous allons nous fier à notre intuition et ce qu'il nous appartient de clarifier par le dialogue. En d'autres termes: qui formule vraiment des attentes vis-à-vis de la prévention? Ou encore: qui a quelque chose à attendre de la prévention? Nous voici arrivés ainsi aux "turfistes" dont il est question dans le titre de cet article.

Si la prévention était un cheval de course, les turfistes (*stakeholders* en anglais- cf. note) seraient tous ceux qui, au pari

mutuel, miseraient sur la prévention, avec l'espoir que cet investissement s'avèrera payant. En économie les *stakeholders* sont l'ensemble des acteurs qui collaborent à une entreprise ou qui, étant concernés par cette entreprise, nourrissent ou pourraient nourrir des attentes à son endroit (planification stratégique). Dans le cas de la prévention, et en s'inspirant des approches de management d'Edward Freeman (*Strategic Management*, 1984), on peut identifier les acteurs suivants:

- Instances de financement
- Clientes et clients
- Collaboratrices et collaborateurs
- Partenaires dans une coopération
- Société

Un exemple tiré de l'actualité va me permettre d'illustrer la diversité des attentes que nourrissent nos "turfistes" vis-à-vis de l'entreprise "prévention". Depuis le 1er mai de cette année, ZEPRA dispose d'un nouveau centre de prévention à Coire. Ce centre fait partie intégrante de l'organisation et s'adresse à l'ensemble de la clientèle potentielle habitant les Grisons, soit le canton suisse dont le territoire est le plus grand et qui présente la plus grande diversité linguistique. Voilà un vaste territoire à explorer! Nous avons voulu savoir quelles y étaient les attentes à notre endroit. Pour le savoir, j'ai demandé à différentes personnes de me faire connaître *leurs attentes vis-à-vis de la prévention en une phrase*. J'aimerais commenter ici quatre des réponses reçues.

\* Note de la traductrice: en précisant plus loin que le terme vient du monde des courses de chevaux, l'auteur utilise ici le terme anglais *stakeholder* qui signifie littéralement "dépositaire d'enjeux"; en français, les personnes pariant sur des chevaux de course sont des turfistes (pseudo-néologisme anglais). Il semble que le mot *stakeholder* ait été adopté par l'économie dans la littérature anglo-saxonne pour désigner l'ensemble des acteurs qui collaborent à une entreprise ou qui, étant concernés par cette entreprise, nourrissent ou pourraient nourrir des attentes à son endroit.

## Les attentes des clientes et des clients

Commençons par les clientes et les clients et par une anecdote. Lorsque j'ai donné à traduire en romanche et en italien l'offre d'emploi concernant le centre ZEPRA à Coire, le service de traduction m'a demandé si le terme *kundenfreundlich* (bien disposé envers le client, convivial) était vraiment approprié, ZEPRA étant un centre de prévention! C'est probablement moins le *freundlich* (aimable) qui a paru problématique que le *Kunden* (clients). La prévention a-t-elle une clientèle? Là où nous nous trouvons en ce moment, il est relativement facile de répondre à cette question, puisque c'est un salon, c'est-à-dire un marché. Or, sur un marché, on rencontre essentiellement deux catégories de gens: la concurrence et la clientèle. Logiquement, toute personne visitant ce salon et ne proposant pas elle-même une offre de prévention devrait donc être une cliente ou un client. Mais, comme il s'agit d'un salon de la prévention et non d'un marché aux légumes, il se trouve que les choses sont un peu plus compliquées.

La prévention a-t-elle une clientèle? Et si oui: laquelle? Prenons l'exemple de l'école. Est-ce cet élève qui fume dans la cour de récréation? Ou cet autre qui ne fume pas (encore)? Celle qui prépare un exposé sur les drogues? Le concierge qui attrape deux élèves en train de fumer un joint? Ou l'enseignant qui prépare une semaine consacrée aux dépendances? La présidente de la Commission scolaire qui cherche à établir un réseau plus étroit entre l'école et les parents? Ou encore le directeur de l'Instruction publique qui demande de revoir le programme?

Dans la pratique, la question se pose différemment: quelle est la clientèle que la

### Attentes vis-à-vis de la prévention: vision d'une "cliente"

Centre de prévention: réservoir d'idées permettant de trouver, de raviver, de développer et de promouvoir la joie de vivre.

Public-cible: professionnels actifs dans le secteur pédagogique et social, personnalités de la politique et de l'économie.

Rita Schlatter

Expérience de vie, famille, éducation des adultes, relations publiques, politique, Coire

prévention *recherche*?

En décrivant si précisément le *public-cible*, la définition de Madame Schlatter touche droit au cœur de la prévention. En effet, la clientèle de la prévention est faite de toutes les personnes qui, dans les différents secteurs de l'existence, assument des responsabilités vis-à-vis d'autres personnes. Eviter des souffrances et favoriser la qualité de la vie font partie de cette responsabilité. Autrement dit, la prévention et la promotion de la santé.

Dans la pratique, l'un des défis que doit relever la prévention consiste à éviter de décharger les clientes et les clients de cette responsabilité, même si c'est souvent ce qu'elles/ils attendent de nous. Cela peut paraître paradoxal, mais les spécialistes de la prévention n'ont pas pour mission de faire de la prévention, tout comme les spécialistes de l'éducation n'ont pas pour mission d'éduquer. Leur tâche est de soutenir les clientes et les clients dans leur activité de prévention: l'enseignant, le membre de la Commission scolaire, le directeur de l'Instruction publique, la directrice de l'EMS, le président de l'association de parents, l'entraîneur de l'équipe de natation. Ils peuvent le faire en offrant des prestations du type de celles qui ont été présentées au Salon de Bienne et qui vont exactement dans le sens du réservoir d'idées décrit par Madame Schlatter.

### Les attentes des partenaires

Parmi les centres de prévention existants, un certain nombre ont été créés en raison de la pression politique liée aux scènes ouvertes de la drogue de la fin des années 80 et du début des années 90. Les attentes étaient alors claires et massives: la prévention devait empêcher les jeunes de finir leur vie dans l'enfer de la drogue. Or la situation a changé depuis lors: les espaces publics occupés par les personnes dépendantes – des drogues illégales en tout cas – sont actuellement moins clairement définis et partant moins visibles que du temps du *Platzspitz* et du *Kocherpark*.

La place occupée par les dépendances dans l'opinion publique – ou dans les médias plus exactement – a diminué en conséquence. Or, il faut bien constater que la place accordée à un phénomène social donné n'a rien à voir avec son ampleur réelle: ainsi, les chiens de com-

bat ont fait la une de l'actualité, alors que c'est le suicide qui tue!

Bien que la violence – tout comme la toxicodépendance – ne soit pas un phénomène propre à la jeunesse, elle est actuellement perçue comme le problème numéro un de la jeunesse, en raison notamment de la manière dont les médias en rendent compte sur le modèle du *toujours plus jeunes / toujours plus / toujours pire*. Cela explique pourquoi la prévention de la violence rencontre en ce moment un intérêt nettement plus grand que la prévention des dépendances.

Sans vouloir mettre en concurrence ces deux orientations de la prévention, il convient néanmoins, en rapport avec ce Salon, de se demander si la prévention des dépendances est encore un sujet d'actualité. Si l'on s'en tient à la lecture des journaux, on pourrait penser que non. Mais il semble en aller autrement pour les professionnel-les du travail social. À ma question formulée de manière volontairement ouverte: *Qu'attendez-vous de la prévention?*, seuls deux interlocuteurs m'ont donné une réponse allant claire-

### Attentes vis-à-vis de la prévention: vision d'un partenaire

Travail avec les élèves, le corps enseignant, les adolescent-es, les parents: mettre en évidence les causes d'apparition de comportements addictifs et développer des conduites alternatives.

Hanspeter Joos et Ruth Giovanoli  
Service social régional et consultation d'alcoologie; Landquart

ment dans le sens de la prévention des dépendances.

Pour correspondre à la réalité actuelle, la prévention ne doit pas se préoccuper de ce qui retient le plus l'attention des médias, mais de ce qui représente véritablement un problème social impliquant une action. Fort bien, mais comment repérer un *problème social impliquant une action*? La coopération avec deux partenaires revêt ici une importance déterminante: d'une part, la recherche et d'autre part, les professionnel-les travaillant sur le terrain – l'intervenante en toxicomanie, le juge des mineurs, le médecin du personnel, l'employé de la brigade des stupéfiants, la conseillère en orientation, le psychologue scolaire. Recherche et pratique: plus la coopération interdisciplinaire avec ces deux partenaires est étroite, plus on peut être

assuré de donner à la prévention des buts et des stratégies appropriés.

## Les attentes des instances de financement

J'aimerais revenir ici à ce que j'ai affirmé en introduction, à savoir que les cours de wendo n'ont rien à voir avec la prévention. Pas plus d'ailleurs que les jardins d'enfants sans jouets. Ce ne sont que deux exemples parmi d'autres. Ainsi, vous trouverez dans l'offre en prévention un grand nombre d'autres projets qui ont pour but de renforcer les compétences personnelles et sociales; à un moment ou à un autre, leurs concepteurs ont été amenés à effectuer une sorte de "looping" conceptuel pour établir une relation avec la dépendance, notamment pour pouvoir "vendre" leur projet aux instances de financement. Or, en acceptant de pratiquer des "loopings" de cette nature, la prévention se met en état de dépendance vis-à-vis des dépendances! Sérieusement, le wendo ne peut pas avoir pour but de prévenir de quelque manière que ce soit une dépendance qui pourrait éventuellement se développer à un moment ou à un autre dans le futur. Le but du wendo est d'encourager la confiance en soi chez les filles et les femmes. Le wendo, les jardins d'enfants sans jouets, etc. sont des méthodes passionnantes de promotion de la santé. Les définir comme telles constitue tout à la fois une preuve de sérieux professionnel et un enjeu important en matière de politique de la santé. Ce sont en effet avant tout les politiciennes et les politiciens qui décident du financement de la prévention. Le fameux changement de paradigme consistant à se demander "qu'est-ce qui nous fait rester en bonne santé?" plutôt que "qu'est-ce qui nous rend malades?" n'aura toute sa pertinence qu'au moment où il ne sera plus l'apanage des seuls spécialistes et qu'il sera adopté également par les responsables de la politique de la santé. A cet égard, il semble que nous bénéficions de conditions de départ favorables dans le canton des Grisons, si l'on en croit le discours de M. Aliesch!

Que l'on apprécie ou non le *Dr D. Moniack* et la campagne *Feel your power*, il faut reconnaître que la Fondation 19 est devenue autre chose qu'un intéressant pourvoyeur d'argent. En effet, elle s'efforce de stimuler, de coordonner et d'évaluer les mesures de promotion de la santé en Suisse et dyna-

### Attentes vis-à-vis de la prévention: vision d'un financeur

J'attends deux choses de la prévention: qu'elle nous fasse prendre conscience de la grande importance de la promotion de la santé d'une part, et qu'elle nous fasse des recommandations concrètes permettant de préserver et d'améliorer notre santé d'autre part.

*Peter Aliesch*

*Chef du Département de la justice, de la police et de la santé publique du canton des Grisons*

mise ainsi notre secteur d'activité. Si la prévention se met en état de dépendance vis-à-vis des dépendances, elle court le risque de passer à côté de cette évolution intéressante.

En complément à la promotion de la santé, il convient de mettre en place des stratégies concrètes de prévention spécifique – par exemple des dépendances. Conçue ainsi, la prévention des dépendances garde, faut-il le répéter une fois encore, toute son actualité. Car il reste un immense travail à faire pour atténuer les souffrances liées à la dépendance. Ce qui est dépassé en revanche, c'est de continuer à "vendre en douce" la prévention non spécifique et la promotion de la santé en les faisant passer pour de la prévention des dépendances.

## Les attentes des collaboratrices et des collaborateurs

Toute personne active dans la prévention devrait être une *personnalité dynamique et capable de travailler en équipe, avoir une formation et une expérience professionnelle dans le secteur social ou pédagogique et disposer en outre d'une expérience de l'éducation des adultes et de la gestion de projets*. C'est du moins ainsi qu'était formulée l'offre d'emploi pour le centre ZEPRA de Coire. N'était en revanche pas mentionné: *formation et expérience professionnelle dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé*, pour la simple et bonne raison que l'on aurait ainsi réduit drastiquement le nombre des candidates et des candidats en mesure de postuler. En Suisse, la prévention comme profession n'est pas encore sortie de l'œuf. La couvaison a pourtant commencé il y a un certain temps déjà – notamment sous la

forme de concepts de formation. Maintenant, on peut même entendre des signes de vie à l'intérieur de l'œuf et la coquille commence à se fendiller. Je me réjouis de voir ce qui va en sortir. Malgré cette situation – ou peut-être à cause d'elle justement –, les attentes formulées quant à la qualification des professionnelles de la prévention sont incroyablement multiples: idéalement, ces gens devraient disposer d'un savoir médical, psychologique et sociologique, faire preuve d'une pensée conceptuelle, pratiquer la planification stratégique et travailler en réseau, intervenir de manière également convaincante dans un centre de jeunesse ou auprès de la direction d'une entreprise, fonctionner comme des militants tout en faisant preuve de prudence politique, accompagner le développement des organisations, savoir conduire des groupes, être au fait à la fois de la théorie des systèmes et de la recherche sur les genres, et finalement maîtriser l'entier de l'abécédaire du

### Attentes vis-à-vis de la prévention: vision d'une collaboratrice

- Je souhaite que mon travail m'apporte du plaisir et que je puisse l'organiser dans ce sens.
- J'espère pouvoir conserver le style de vie qui est actuellement le mien.

*Monika Rostetter*

*Collaboratrice du centre ZEPRA depuis le 1er mai 2001*

management. Mais tout cela se situe à un niveau technique et superficiel. En nous faisant part de ses attentes, Madame Rostetter nous ramène au cœur de la prévention, c'est-à-dire au niveau vécu.

Nos fonctions de spécialistes de la prévention occupent de l'ordre de 42 heures par semaine – si l'on fait abstraction des emplois à temps partiel et des heures supplémentaires –, mais nous cultivons notre style de vie 24 heures sur 24. Il m'est arrivé à plusieurs reprises qu'à l'issue d'une conférence, on m'offre – à mon grand regret – une boîte de chocolats en me faisant remarquer qu'il n'aurait peut-être pas été convenable de m'offrir une bouteille de vin. Les spécialistes de la prévention ont pour tâche d'encourager les gens à adopter un style de vie favorable à la santé et d'adapter leurs conditions de vie en conséquence. Cela les conduit évidemment à exposer

leur propre style de vie au regard des autres. À mon avis, la meilleure manière d'assumer notre rôle d'exemple est de le vivre sereinement.

Ajoutons que les conditions de travail des spécialistes de la prévention devraient être au moins aussi exemplaires que leur style de vie. C'est pourquoi j'accorde plus d'importance encore aux plus ou moins 42 heures de travail que nous consacrons chaque semaine à la prévention. Il faut en effet que le processus de production soit à la mesure du produit. La promotion de la santé dans l'entreprise doit commencer dans les entreprises de promotion de la santé. Si nous travaillons sans plaisir et dans des conditions déplaisantes, nous ne sommes pas en mesure de mettre à la disposition de nos clientes et clients ce qu'ils attendent de nous: un réservoir d'idées pour plus de joie de vivre.

## Les attentes de la société

Quand la Migros verse des salaires de moins de 3000 francs à ses employé-es, que les syndicats dénoncent publiquement cette situation et que la Migros annonce alors qu'elle va adapter sa politique au salaire minimum exigé, on voit bien le rôle important que peuvent jouer les attentes sociales face aux entreprises et comment il est possible, en engageant un débat public, de créer une pression politique.

Jusqu'à présent, la prévention n'a pas fait l'objet de grands débats – notamment en ce qui concerne le rapport coût/bénéfice. En fait, on peut le regretter! Car cela nous permettrait d'en savoir plus sur les attentes de la société à son endroit. On peut se dire que les raisons de cette absence de débat tiennent au fait que l'efficacité de la prévention est largement reconnue. Personnellement, je crains que cette absence de débat ne traduise davantage un manque d'intérêt qu'un assentiment général. Cela signifierait alors que la prévention est encore loin d'avoir l'importance sociale qu'elle s'attribue. Dans tous nos plans directeurs et concepts, on trouve des variations autour de cette belle idée: *la prévention est une tâche qui revient à toute la société*. D'où la question de savoir si la société nourrit effectivement des attentes vis-à-vis de la prévention et, le cas échéant, comment ces attentes peuvent être mises au jour. Il aurait été extrêmement passionnant d'interroger toute la population des Grisons avant d'ouvrir le centre

ZEPRA à Coire, mais c'était difficilement réalisable. En revanche, nous avons

### Attentes vis-à-vis de la prévention: vision de la société

- La prévention devrait se préoccuper de questions touchant à l'éducation et à la vie en général.
- La prévention devrait se préoccuper de problèmes sociaux actuels tels que la violence et les dépendances.
- La prévention devrait se préoccuper des autres.

*Enquête auprès de la population du Neckertal (canton de St-Gall) en été 1999*

*Population interrogée: 6671 personnes/2910 ménages*

*Taux de retour: 11%*

mené une enquête auprès de la population du Neckertal (canton de St-Gall) en été 1999, en envoyant à tous les ménages un questionnaire portant notamment sur les attentes en matière de prévention.

Ce résumé en trois thèses ne présente guère de surprises. On attend de la prévention qu'elle s'occupe aussi bien de questions psychosociales en général que de problèmes sociaux particuliers – ce qui recoupe exactement les champs d'intervention de la promotion de la santé d'un côté et de la prévention spécifique de l'autre. En même temps, la prévention est gentiment priée de s'adresser aux autres. Ainsi, les adultes considèrent qu'il faut promouvoir la santé des jeunes, les femmes disent qu'il faut promouvoir la santé des hommes, et ainsi de suite.

Le résultat le plus frappant tient au taux des retours. Contrairement aux attentes formulées par les autorités locales, seuls 11% des ménages ont retourné le questionnaire rempli. Cette participation assez faible peut certes s'expliquer par la méthode choisie, mais on peut aussi l'interpréter autrement: seule une minorité de la population sait ce que sont les activités de prévention, s'y intéresse et nourrit des attentes à cet égard. À l'inverse, pour la majorité de la population, la prévention n'a guère de pertinence. Ce que confirme d'ailleurs l'expérience que nous faisons au quotidien dans nos centres de prévention. Nous constatons en effet qu'il est statistiquement fort probable qu'une personne qui s'intéresse à nos activités soit de nationalité suisse, socialement bien intégrée, de sexe féminin, appartienne à la classe moyenne, ait

une formation supérieure et soit engagée socialement et assume des tâches dans les domaines de l'éducation, la formation et éventuellement de la politique.

Le défi que doit relever la prévention consiste à *inciter davantage de gens à formuler des attentes à son endroit, à faire en sorte que des segments plus larges de la population connaissent son existence et la prennent au sérieux*. Cela implique notamment qu'elle donne la preuve que ses activités portent sur des secteurs où il existe de vrais besoins et que les efforts qu'elle réalise ne partent pas seulement d'une bonne intention, mais produisent vraiment leurs effets. En d'autres termes, la prévention doit mieux faire connaître son utilité sociale.

## Un nouvel art: le management des attentes

Pour terminer, je propose d'ajouter à l'abécédaire évoqué plus haut un terme nouveau: *management des attentes*.

- Susciter des attentes
- Identifier les attentes
- Développer les attentes

L'art de gérer les attentes comporte trois volets. Premièrement, il faut éveiller l'attention et l'intérêt des gens qui ne nourrissent aucune attente à l'égard de la prévention et susciter ensuite des attentes de leur part. Deuxièmement, il faut disposer d'une méthode, située entre l'intuition et l'étude de marché, permettant de mieux connaître les attentes des gens qui sont déjà en mesure d'en formuler. Troisièmement, il faut agir avec professionnalisme face aux attentes que nous avons identifiées. Ce dernier point ne consiste pas simplement à s'efforcer de répondre en tout point à ces attentes, car les meilleures stratégies de prévention naissent d'un échange soutenu avec les différents "turfistes".

Tout l'art consiste à instaurer un échange continu avec nos clientes et clients, nos partenaires, nos collègues et nos bailleurs de fonds pour développer en permanence leurs attentes et les nôtres vis-à-vis de la prévention. Cela peut évidemment aussi conduire à devoir décevoir certaines attentes, à la suite d'un examen attentif ou en raison de ressources financières insuffisantes par exemple. Dans le meilleur des cas, il peut aussi arriver que l'on puisse proposer une offre dépassant les attentes!

# Critères de qualité et promotion de la santé: luxe ou nécessité?

Dr Brigitte Ruckstuhl, responsable de "Qualité et évaluation", Fondation 19, Berne

*Les concepts de qualité, gestion de la qualité et promotion de la qualité sont aujourd'hui omniprésents, notamment dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. Dans notre milieu professionnel, ils continuent de faire l'objet de débats animés, dans lesquels s'expriment des résistances, des appréhensions, des espoirs, voire des attentes exagérées. Il y a plusieurs raisons à cela. La situation actuelle reste marquée par le fait que les expériences concrètes sont encore rares et que l'on continue à se montrer très sceptique vis-à-vis de ce que cette qualité et cette promotion de la qualité sont censées apporter, y voyant davantage des restrictions et un surcroît de travail qu'une réelle valeur ajoutée.*

Traduction: Elizabeth Neu -  
Mots composés

## Introduction

Nous nous trouvons dans une situation relativement paradoxale: on parle beaucoup de la qualité et de son utilité ou de son inutilité, alors que l'on parle peu de la qualité effectivement mise en œuvre. Le discours abstrait sur la qualité et la promotion de la qualité engendre de ce fait des attentes importantes qui se traduisent par l'impression d'avoir toujours une longueur de retard.

Une certaine distance critique vis-à-vis de la promotion de la qualité est d'ailleurs en partie justifiée, car celle-ci est encore une notion nouvelle dans le secteur des services, particulièrement en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé. On se demande avec scepticisme si ces méthodes, reprises du secteur technique, peuvent vraiment être appliquées au domaine du social et de la santé. Tant que leur mise en pratique restera chose rare en prévention et en promotion de la santé, ce scepticisme sera difficile à battre en brèche.

L'un des éléments essentiels de la promotion de la qualité est de rendre transparents et vérifiables tant les processus que les résultats. De cette manière, on explicite ce que l'on entend par succès et l'on se donne les moyens de déterminer si celui escompté s'est effectivement produit. C'est une condition nécessaire pour pouvoir comparer des projets entre eux.

L'état actuel des connaissances et les expériences faites exigent que l'on aborde ce sujet avec un esprit à la fois critique et constructif. Même s'ils ne sont pas encore entièrement satisfaisants, il faut

développer et mettre en œuvre des instruments, des critères et des indicateurs qui renseignent sur la qualité de la structure, des processus et des résultats des projets. Dans une seconde étape, il s'agit d'évaluer ces instruments et de les adapter en conséquence. Ce processus n'est jamais simple et peut parfois même s'avérer pénible.

La gestion de la qualité vise à améliorer les structures, les processus et les résultats, rejoignant ainsi la finalité intrinsèque de la promotion de la santé. A l'évidence, nous n'avons pas à nous demander si nous voulons ou non de la promotion de la qualité, mais à définir comment nous voulons l'implanter. Quelles sont les formes adaptées à la promotion de la santé? Quelles sont les expériences dont nous pouvons tirer des leçons?

Une appropriation constructive implique que l'on s'engage dans un processus. Nous ne disposerons pas d'instruments parfaits d'entrée de jeu. Pas plus qu'il ne convient de nier qu'il est assez difficile de définir des indicateurs pertinents dans notre domaine. Mais nous devons commencer à considérer la promotion de la qualité non plus comme un luxe, mais comme une nécessité.

## La qualité dans les projets de promotion de la santé

Dans cet article, je me limiterai à parler de la qualité des projets de promotion de la santé. Au niveau institutionnel, on a recours à des méthodes et à des instruments différents.



S'agissant de promotion de la santé, Feser définit la qualité comme étant "l'ensemble des caractéristiques d'une mesure ou d'une prestation de prévention ou de promotion de la santé qui se rapportent à l'adéquation de celle-ci à répondre à des exigences, des intentions ou des finalités définies".

Cette définition s'appuie sur le système ISO et reste très abstraite. En soi, la qualité **est** une notion abstraite. Elle ne devient concrète qu'au moment où l'on définit précisément **ce que** l'on entend par "qualité". Si quelqu'un me dit: "nous faisons du travail de bonne qualité", l'information dont je dispose n'est pas complète. Je n'aurai une idée de la nature du travail effectué que si l'on me dit ce que l'on entend par "qualité" et quels sont les instruments de mesure utilisés. Aussi convient-il de définir clairement ce que nous entendons par qualité en matière de promotion de la santé.

Dans l'industrie, ce sont le changement de la situation économique et les modifications des structures de production qui ont conduit à développer de nouveaux concepts de management et de gestion de la qualité, dans le but d'accroître la productivité, autrement dit de permettre aux entreprises de réaliser un bénéfice et de demeurer concurrentielles sur le marché. Qu'est-ce que cela signifie dans notre domaine d'activité? Quel doit en être le bénéfice?

Pour la promotion de la santé, la situation initiale et l'objectif sont d'une autre nature. Ses interventions répondent à une demande sociale et doivent être légitimées. Les interventions ont pour but d'atteindre un haut degré d'efficacité et partant d'assurer un bénéfice important pour les cadres de vie ou les groupes visés. Pour y parvenir, les spécialistes doivent disposer non seulement des connaissances et de l'expérience nécessaires, mais encore d'un savoir-faire professionnel; ce n'est qu'à cette condition que pourra être réalisé le "gain" important prévu par le mandat social. Il a été constaté maintes fois qu'en matière de promotion de la santé, le gain à long terme est difficile à mesurer. Or, nous devons réussir à démontrer quel est le bénéfice produit par chaque intervention et quelle efficacité à long terme on peut en attendre. Alors seulement, la promotion de la santé pourra trouver une légitimité durable.

Au cours des années écoulées, les méthodes de promotion de la santé ont beaucoup changé. On est ainsi passé de modèles simples, visant à changer les

comportements par l'information, à des modèles qui prennent en compte les rapports entre les cadres de vie et les styles de vie. Ce ne sont donc plus prioritairement les individus, mais les changements des contextes sociaux qui sont visés. Ce changement de paradigme théorique accroît la complexité des interventions, car il implique un plus grand nombre d'outils méthodologiques permettant de mettre en route et d'accompagner des changements sociaux et d'évaluer leurs effets.

Aussi, la promotion de la santé a-t-elle besoin de disposer de critères de qualité reposant sur des évidences empiriques et prenant en compte notamment les aspects spécifiques au genre, l'égalité des chances, la pérennité, la participation. Mais il s'agit aussi de doter chaque projet de structures et de processus opti-

Il faut développer et mettre en œuvre des instruments, des critères et des indicateurs qui renseignent sur la qualité de la structure, des processus et des résultats des projets



Photo Interfoto

*Des méthodes de promotion de la santé qui prennent en compte le cadre de vie*

maux, afin de mieux en garantir l'efficacité escomptée. Les débats de fond ne remplacent pas la promotion de la qualité; celle-ci propose des instruments de travail et d'analyse permettant de réaliser les buts fixés de manière efficace.

La promotion de la santé vise à mettre en place un processus continu d'amélioration. Cela implique la **transparence**.

- Que veut-on atteindre? (objectifs opérationnels)
- Comment peut-on y parvenir, à l'aide de quelles mesures, de quelles stratégies? (planification et réalisation documentées)
- Comment le processus et la réalisation

des objectifs seront-ils évalués? (évaluation).

C'est la seule façon d'assurer le contrôle, l'évaluation et l'amélioration constante des interventions.

Ce que la promotion de la qualité apporte de nouveau, c'est l'attention soutenue vouée à l'efficacité et aux objectifs, et la documentation systématique des moyens mis en œuvre pour y parvenir.

## Une sélection de critères de qualité

Toute démarche de promotion de la qualité implique de définir ce que l'on entend par "qualité" et de sélectionner des critères de qualité à appliquer.

Ces critères sont de deux ordres: ils peuvent être relatifs au domaine d'intervention ou concerner la mise en œuvre, c'est-à-dire le management. Ils indiquent la direction à prendre, aident à planifier et à réaliser une intervention et à analyser le processus.

Je vais développer ci-dessous quelques-uns de ces critères de qualité, mais le sujet est trop complexe pour être traité à fond dans le cadre qui m'est imparti ici. J'aimerais néanmoins attirer à ce propos l'attention sur un projet pour lequel des critères de qualité ont été définis qui peuvent maintenant être rendus publics. Il s'agit de *quint-essenz*, un projet qui a bénéficié du soutien financier de l'OFSP et qui a été réalisé par l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich. *Quint-essenz* est une sorte de boîte à outils constituée d'une vaste palette de suggestions, de check-lists, d'instruments et de méthodes destinés à la pratique. Cette boîte à outils est accessible sous [www.quint-essenz.ch](http://www.quint-essenz.ch). en allemand, français et italien.

La poursuite du développement de *quint-essenz* sera assurée dès le mois de mai par la Fondation suisse pour la promotion de la santé, qui va promouvoir et soutenir, en collaboration avec l'OFSP, l'application systématique des critères de qualité.

(Vous trouverez des informations importantes sur des moyens auxiliaires pratiques sur une liste établie à cet effet.)

### a) Analyse des besoins auxquels le projet est censé répondre

#### Objectif de qualité

Le besoin auquel le projet est censé répondre est attesté.

#### Indicateurs

- Une analyse des besoins a été réalisée
- Des données probantes sont disponibles
- L'analyse des besoins est documentée.

L'analyse des besoins comporte les aspects objectifs qui plaident pour ou contre une intervention. Les interventions doivent être légitimées et répondre à une demande sociale. L'analyse répond à la question de savoir pourquoi il convient d'intervenir ou si une intervention se justifie. Quelle est l'importance du problème et quel bénéfice peut-on attendre d'une intervention ?

### b) Fondements théoriques et empiriques de la procédure

#### Objectif de qualité

Les buts, les stratégies et les mesures sont théoriquement et empiriquement fondés.

#### Indicateurs

- Le projet est professionnellement fondé
- Des facteurs comportementaux et environnementaux sont pris en compte
- Le choix du public-cible est fondé (groupe-cible ou cadre de vie)
- Les stratégies et mesures choisies ont soit fait leurs preuves dans d'autres projets, soit, si elles sont novatrices, peuvent être justifiées d'un point de vue professionnel.

### c) Participation des personnes concernées

#### Objectif de qualité

En cas de besoin, des représentant-es du groupe-cible ou du cadre de vie sont associés à la planification ou à la mise en œuvre du projet.

#### Indicateurs

- Il est clairement défini quand, comment et sous quelle forme des représentant-es du groupe-cible ou du cadre de vie sont associés à la planification ou à la mise en œuvre du projet.

### d) Planification du projet par étapes

#### Objectif de qualité

Le projet est bien planifié et des étapes ont été définies.

#### Indicateurs

- Il existe une distinction claire entre les buts, les stratégies et les mesures.
- Les besoins, les conditions-cadres et le contexte du projet sont pris en compte

dans la planification

- Les étapes et des buts intermédiaires ont été définis (jalons).

La planification est un élément essentiel de la phase de réalisation. Pour pouvoir planifier, il faut d'abord être au clair sur le but précis à atteindre. Pour cela, il faut définir des objectifs opérationnels, car eux seuls peuvent donner lieu à une évaluation et constituer ainsi des éléments essentiels de l'évaluation de la qualité.

### e) Finalités du projet et formulation des objectifs

#### Objectif de qualité

Tous les buts du projet sont soigneusement fondés et loyaux.

#### Indicateurs

- Les buts du projet sont clairement définis et concrets
- Ils sont formulés loyalement: mesurables/évaluables individuellement, exigeants, réalistes, déterminés dans le temps
- À chaque étape (jalon), les objectifs généraux du projet et les buts intermédiaires font l'objet d'une évaluation et sont adaptés au besoin
- Toute modification des buts définis contractuellement est clairement motivée et doit être acceptée par le commanditaire.

### f) Bénéfices du projet pour les participant-es et les personnes concernées

#### Objectif de qualité

Le projet apporte un bénéfice avéré à l'ensemble des participant-es et des personnes concernées.

#### Indicateurs

- Il est précisé clairement à qui l'intervention peut être profitable et de quelle manière
- Les besoins des personnes appartenant au groupe-cible/cadre de vie ont été pris en compte.

La réussite d'un projet se mesure au fait que le plus grand nombre possible des personnes appartenant au groupe-cible ont pu être touchées par l'intervention et que l'effet escompté a été atteint. La recherche a montré que les personnes issues des couches défavorisées sont plus difficiles à atteindre et à motiver. Aussi faut-il faire davantage d'efforts pour toucher les groupes-cibles que l'on avait négligés jusqu'à présent. Il convient de

prendre des mesures particulières dans ce sens.

## Quels sont les bénéfices pour la promotion de la santé?

### Groupe-cible/cadre de vie

Intervenir en fonction des besoins implique que l'on opte pour une méthode participative. Le groupe visé sera touché d'autant plus sûrement que l'intervention répond à des besoins avérés et qu'elle porte sur les cadres de vie.

### Commanditaire

Les conditions posées et les prestations à fournir font l'objet d'une négociation détaillée avec le commanditaire. Celui-ci évite ainsi des déceptions liées au fait qu'il n'obtiendrait pas ce qu'il aurait espéré. Lorsque les prestations fournies correspondent aux attentes, l'image du mandataire et le respect qu'il inspire en sortent grandis.

### Direction de

#### projet/collaboratrices/collaborateurs

Les rôles, les tâches et les responsabilités sont clairement distribués. Des conditions-cadre précises (planification, jalons, circulation de l'information favorisant la réflexion) conduisent à davantage de motivation et d'engagement de la part des personnes impliquées dans le projet.

### Organisation

Une organisation qui pratique le management de la qualité au niveau institutionnel ou qui réalise des projets couronnés de succès est mieux en mesure de se profiler. Elle suscite le respect et la confiance de la part des commanditaires et des organisations partenaires.

### Efficacité

On peut escompter qu'en accordant une attention accrue à la réalisation des objectifs et aux effets produits, on atteindra également une efficacité plus grande. En tout état de cause, il n'est possible de procéder à une comparaison entre des

projets qu'à condition de formuler explicitement des critères de qualité. Les expériences y gagnent en intelligibilité et le développement de la promotion de la santé peut se poursuivre de manière méthodique.

## En conclusion

La promotion de la santé occupe encore une place modeste dans le système de santé publique. Aussi doit-elle continuer à démontrer son efficacité en apportant la preuve des effets qu'elle parvient à produire. Cela signifie qu'elle **doit** poursuivre son développement. La promotion de la qualité est **une** méthode qui nous permet de progresser dans ce sens.

Il s'agit de commencer dès maintenant à nous donner des instruments, à les utiliser, à les expérimenter et à les affiner. Un processus intéressant, voire passionnant! Il conviendrait dès à présent qu'il soit moins question d'exigences en matière de qualité que de la qualité produite en réalisant des projets exemplaires.

Publicité

**L'Office fédéral de la santé publique a le plaisir de vous annoncer la**

## **Conférence nationale sur les traitements de substitution (NASUKO 2001)**

**les 8 et 9 novembre 2001 à Berne, dans les salles de conférence de l'Hôtel National**

**Public-cible:** Autorités cantonales, médecins prescripteurs, spécialistes de la prise en charge psycho-sociale et experts scientifiques, consommateurs de drogues.

**Inscription:** Christina Eggenberger, Section interventions drogue, 3003 Berne, 031 323 87 21; e-mail: christina.eggenberger@bag.admin.ch

**Coûts:** CHF 60.-

**Pour de plus amples renseignements** veuillez vous adresser à Christopher Eastus; Section interventions drogue; 031 323 88 09; e-mail: christopher.eastus@bag.admin.ch

**Programme complet** sous <http://www.admin.ch/bag/sucht/f/index.htm>

# Prévenir la toxicomanie: un combat mythique

Gérard Pradelle, éducateur spécialisé, diplômé des Hautes études en pratiques sociales, Chalon-sur-Saône

*Ce texte est issu d'un travail de recherche visant à comprendre pourquoi la prévention des toxicomanies mise en œuvre depuis maintenant un quart de siècle, n'obtient pas de résultats satisfaisants: loin d'avoir été conscris, les problèmes d'abus de drogues et de toxicomanies n'ont cessé de se développer. L'hypothèse que j'ai formulée est que la prévention des toxicomanies jusqu'à maintenant a eu pour fonction essentielle de répondre à la peur qu'exprime l'opinion publique face à la représentation qu'elle a de la toxicomanie. Autrement dit, les actions dites de prévention ne visent pas tant à empêcher de nouveaux comportements toxicomaniaques, que de réagir aux préoccupations du corps social, dans sa représentation du problème des drogues.*

## Les peurs

Le réflexe de peur apparaît en relation avec une situation de danger, d'insécurité. Mais ces situations ne sont pas forcément réelles, dans le sens où l'individu apeuré n'est pas forcément directement exposé au danger; c'est à partir de ces constats que les sociologues ont élaboré le concept de sentiment d'insécurité. J'ai utilisé ce concept (et tout particulièrement les travaux de Sébastien ROCHÉ<sup>1</sup>) pour comprendre les représentations sociales de l'usage de drogues et des toxicomanies, et tenter de valider mon hypothèse.

En France, l'histoire du sentiment d'insécurité est assez récente: elle débute au cours des années 70, en même temps qu'une forte augmentation de la criminalité, datée de 1972 selon les statistiques criminelles. Le Rapport Peyrefitte<sup>2</sup>, de son vrai nom "Réponses à la violence", officialise la préoccupation des pouvoirs publics non seulement pour l'insécurité elle-même, mais aussi par rapport au sentiment d'insécurité qui est identifié, et qui doit être traité en tant que tel. Par la suite, les politiques gouvernementales resteront dans le même registre et appuieront leurs actions sur des analyses similaires. C'est là sans doute le trait principal de ce Rapport: le sentiment d'insécurité doit être traité pour lui-même, indépendamment des problèmes de criminalité réelle: le droit au sentiment de sécurité apparaît comme aussi légitime que le droit à la sécurité; à ce titre, le sentiment d'insécurité est désigné comme cible de l'action publique.

## Le sentiment d'insécurité

### Préoccupation politique et instrument du pouvoir

Des circonstances sont nécessaires pour que puisse naître et s'épanouir le sentiment d'insécurité; il faut tout d'abord qu'il y ait une réaction du corps social à l'augmentation de la criminalité, et plus largement aux comportements jugés menaçants, et à leurs auteurs; cette réaction s'observe dans les sondages d'opinion, les consultations électorales, les équipements de protection... Il faut encore que cette réaction soit reprise, appropriée par les dirigeants du pays, et qu'ils la restituent à la population; les pouvoirs publics deviennent alors une sorte "d'intellectuel collectif" (selon l'expression de Sébastien ROCHÉ), proposant une grille de lecture des événements qui forgent le sentiment d'insécurité. C'est bien la cohérence de ces deux mouvements qui rend le sentiment d'insécurité opérationnel: inquiétudes du corps social, reprises, mises en mots par les pouvoirs publics, et rendues aux citoyens comme une mise en ordre du monde.

Le sentiment d'insécurité devient une préoccupation officielle avec le rapport Peyrefitte, qui en fait un concept politique, qui doit être traité en tant que tel, au même titre que l'insécurité elle-même. Les pouvoirs publics mesurent la montée de l'insécurité dans la société française, et prennent conscience des risques que génère le développement du sentiment d'insécurité: alimentation de

l'agressivité et de la violence, augmentation de l'autodéfense sont les indicateurs les plus voyants.

### Les points d'appui du sentiment d'insécurité

Si aucun lien entre sentiment d'insécurité et expérience de la victimation<sup>3</sup> n'a pu être établi, il n'en demeure pas moins que les peurs ne sont pas complètement autonomes d'une réalité de l'insécurité; on relève dans les éléments empiriques dont on dispose une évolution parallèle et synchrone de la délinquance et de l'expression des peurs et préoccupations. Le sentiment d'insécurité semble d'abord se nourrir de la croissance réelle des manquement à l'ordre public, et paraît ensuite s'alimenter d'une image subjective de la délinquance.

Le sentiment d'insécurité s'appuie aussi sur la réalité de l'activité policière et judiciaire: alors que de nombreuses plaintes sont enregistrées, celles-ci sont rarement traitées de manière satisfaisante du point de vue des plaignants... Il s'ensuit le sentiment dans la population que *"la police ne fait pas son travail"*, d'autant que de nombreuses infractions sont relevées par les citoyens, sans qu'elles semblent être l'objet d'actions de répression.

### L'expression du sentiment d'insécurité dans la population

De nombreuses enquêtes, françaises et étrangères, nous renseignent sur la population insécure<sup>4</sup>, ses caractéristiques, ses attentes, ainsi que sur les conséquences dans le corps social du développement du sentiment d'insécurité, lié ou non à la réalité de l'insécurité.

L'insécurité est un phénomène reconnu et accepté, où que l'on se trouve en société: caméras de surveillance, vigiles, patrouilles de police, îlotage, chiens-policiers dans les grandes surfaces, fouilles au corps lors des manifestations publiques... Toutes ces mesures qui quadrillent notre quotidien contribuent sans doute à davantage de sécurité de la population; mais ne propagent-elles pas aussi le sentiment que l'insécurité est généralisée? D'autre part, cette surveillance au quotidien ne brouille-t-elle pas nos repères, notamment en nous adressant le message que chacun de nous est un délinquant en puissance?

La criminalité - et la peur qu'elle suscite - ne favorisent pas la solidarité et l'intégration dans une communauté; au contraire, les relations sociales intra-

communautaires sont affectées par la peur, et les individus développent des attitudes punitives et d'exclusion.

La peur du crime est très liée à la figure de l'étranger: la violence est vécue comme étant le fait des "étrangers" (de race, de culture, de nationalité, mais aussi par rapport à l'âge, au quartier, à la communauté). Du même coup, les risques locaux sont sous-estimés. Les risques réels sont niés pour préserver un sentiment de sécurité: les gens maintiennent ainsi la tranquillité d'esprit nécessaire pour vivre dans leur quartier.

Selon les enquêtes disponibles, la population insécure exprime plusieurs demandes, qui marquent un paradoxe; en effet, les individus inquiets, et surtout ceux qui manifestent une forte préoccupation pour l'ordre, demandent davantage de sévérité dans la répression et se

Le problème-drogue s'est construit autour du développement de l'usage de drogues et de la toxicomanie et s'est détaché de cette réalité pour devenir autonome



Photo Interfoto

*Le sentiment d'insécurité comme «traducteur du problème-drogue»*

montrent plutôt favorables à la restauration de la peine de mort; dans le même temps, ils proposent des solutions à l'insécurité en demandant à l'Ecole d'être plus active dans l'apprentissage de la civilité et des valeurs morales, ainsi que des interventions "douces" de l'autorité face aux incivilités, comme pouvait le faire autrefois le garde-champêtre.

### Le sentiment d'insécurité et les médias

Les médias sont placés au centre de la problématique par divers locuteurs. Alain Peyrefitte les désignait en 1977 comme propagateurs du sentiment d'in-

sécurité par le fait qu'ils sont source d'information sur les phénomènes de violence. Certains chercheurs font état d'une collusion Etat-médias qui aurait fabriqué et diffusé un système de représentations, créant en conséquence le sentiment d'insécurité, décrit comme un mythe qui propose une certaine compréhension de la réalité: les événements de la vie contemporaine, de plus en plus complexes, deviennent lisibles par ce biais.

On ne peut soutenir la thèse de la "machination": ni les médias, ni les appareils politiques ne sont responsables de l'émergence du sentiment d'insécurité; il reste cependant qu'ils sont une formidable chambre d'écho aux bruits du corps social, reprenant sans cesse ses préoccupations, soit pour essayer de les traiter (c'est la mission des politiques), soit pour répercuter les informations (c'est l'affaire des médias). Dans une société où le rôle des médias est toujours plus puissant et plus incontournable, ces derniers - ainsi que les appareils politiques qui les utilisent abondamment - apparaissent comme les principaux vecteurs du sentiment d'insécurité et permettent aux individus d'être reconnus dans leur inquiétude.

### **Un moteur et un instrument de l'action publique**

Le sentiment d'insécurité est à l'origine de la vocation préventive des Services de police et de gendarmerie: leur rôle d'information et de présence est maintes fois rappelé dans les circulaires ministérielles et les orientations données par les gouvernements. La création et le développement des Conseils de Prévention de la Délinquance, qui agissent du sommet de la nation jusque dans les mairies, ont une fonction de réduire le sentiment d'insécurité; en affirmant la volonté d'harmoniser les politiques locales de prévention de la délinquance et de rendre cohérentes les pratiques sociales et répressives, l'Etat tente de créer un consensus susceptible de réduire le sentiment d'insécurité, notamment en imposant un discours univoque sur la situation de la délinquance et sa prise en compte par les acteurs. Le sentiment d'insécurité justifie aussi bien les mesures préventives que répressives prises par les pouvoirs publics. En effet, le discours sur l'insécurité inquiète l'opinion, et justifie les mesures de répression; mais du même coup, ce discours rassure en présupposant l'efficacité de ces mesures. Ces instruments du Pouvoir ne peuvent exister que parce que le sentiment d'insécurité est suffisam-

ment fort pour rassembler les énergies dispersées des acteurs de l'action publique, qu'ils aient une vocation préventive, curative, ou répressive.

Le sentiment d'insécurité impose encore à tous les acteurs de la politique publique d'être univoques: celui qui dérogerait à cette règle serait aussitôt accusé de développer l'insécurité. Ainsi, au niveau politique, les partis traditionnels alignent leurs discours sur celui de l'extrême-droite, et au niveau local, les acteurs de terrain harmonisent leurs actions sur le modèle sécuritaire.

### **Le sentiment d'insécurité comme traducteur du "problème-drogue"**

#### **Définition du "problème-drogue"**

Avant toute chose, nous devons bien nous entendre sur le choix des termes utilisés; toxicomanie(s), usage de toxiques, usage de drogue(s), usage de stupéfiants, usage abusif, usage récréatif, infraction à la législation sur les stupéfiants - et d'autres formules encore certainement! - sont utilisés par les différents intervenants en toxicomanies pour désigner ce que chacun reconnaît sous le générique de "problème-drogue"; c'est cette locution que nous garderons pour désigner l'objet de notre étude. Nous avons bien conscience de ce que l'emprunt au sens commun peut générer comme incompréhension, mais ce sont ces termes qui nous paraissent le mieux convenir, pour autant que nous prenions soin de les définir.

*A priori*, on peut lire une ambiguïté dans cet énoncé: le problème de la drogue ne recouvre pas la même réalité selon le locuteur: politiques, journalistes, professionnels de santé ou du social, policiers ou magistrats, simples citoyens se sont construits leur propre représentation, liée ou non à une expérience. Pourtant, chacun reconnaît cette expression comme recouvrant une préoccupation majeure dans la société française: il s'agit de la transgression d'un interdit législatif et social, de la question du trafic et de la consommation de drogues dans l'environnement des lycées et collèges, du problème des quartiers dits difficiles, d'un public jeune, des risques de contracter des maladies infectieuses, de l'escalade... Bref, nous parlons bien des représentations des drogues et des toxicomanies et non pas de la réalité des pratiques toxicomaniaques. C'est pour cela que

nous choisissons d'employer les mots utilisés au sens commun: parce qu'ils désignent précisément l'imaginaire, le monde conçu par les individus, et non pas la réalité objectivée par chacun des professionnels. La drogue est un problème, en dehors même de sa réalité sanitaire, sociale ou sécuritaire. Elle est un problème parce qu'il n'existe aucune solution satisfaisante pour l'ensemble des intervenants, et que le corps social se trouve aujourd'hui dans une position surréaliste, où les conduites les plus stigmatisées sont aussi les plus banalisées. C'est bien cette infernale contradiction qui alimente l'imaginaire et crée le problème-drogue.

A l'instar du sentiment d'insécurité qui s'est développé en même temps que l'insécurité augmentait dans la société, le problème-drogue s'est construit autour du développement de l'usage de drogues et de la toxicomanie, et s'est détaché de cette réalité pour devenir autonome; le problème-drogue prend toute sa force et sa puissance par le discours dont il est l'objet, particulièrement de la part des politiques et des médias, que ce soit à titre d'informations relatées ou comme sujet (principal ou secondaire) de fictions.

Nous définissons le problème-drogue comme l'inquiétude centrée sur les usages de toxiques illicites et les individus qui en sont auteurs et/ou acteurs. Cette inquiétude s'appuie sur une réalité objectivable et se développe en référence à des valeurs morales, conçues par les personnes inquiètes comme universelles.

#### **Problème-drogue et sentiment d'insécurité: l'osmose**

Le problème-drogue n'est pas seulement une illustration du sentiment d'insécurité, et encore moins un de ses composants comme peuvent être considérés les violences, vols, vandalismes et autres incivilités: il cristallise le sentiment d'insécurité et lui donne un aspect concret, une objectivation. Alors qu'en matière d'insécurité en général, nous faisons référence à des comportements, à des sujets-acteurs, le problème-drogue se rapporte à l'objet-drogue, dont on ne peut pas nier l'existence et la disponibilité.

Nous avons repéré les éléments de conceptualisation du sentiment d'insécurité; nous allons utiliser ces composants pour les appliquer au problème-drogue. De nombreuses observations, saisies autant dans notre expérience qu'au fil de nos lectures et réflexions, nous conduisent à formuler l'hypothèse d'une osmo-

se entre sentiment d'insécurité et problème-drogue.

• **L'expression du problème-drogue**

Nous retrouvons dans l'expression du problème-drogue les axes principaux qui fondent le sentiment d'insécurité:

- Des *peurs personnelles* sont formulées par les individus, sans que ces appréhensions puissent être liées à un danger réel ou à des indices de risques. Ces appréhensions ne concernent pas ou peu les personnes interrogées, mais autrui et principalement les proches (enfants, petits enfants, neveux, nièces).
- *La préoccupation de la population se pose en terme d'ordre*: la drogue est ressentie comme un fléau aux multiples facettes par le corps social; il faut combattre par tous les moyens cette calamité, et les idées ne manquent pas: il s'agit de donner davantage de moyens au système répressif, de désintoxiquer les victimes de la toxicomanie, au besoin de faire la guerre aux pays producteurs...
- *L'idée d'une menace généralisée* est bien ancrée dans les esprits: la drogue est fréquemment comparée à une hydre dont l'influence ne cesse de s'accroître, malgré toutes les précautions et toutes les actions pour s'en prémunir.

• **Les pouvoirs publics et les médias valident le problème-drogue**

Les pouvoirs publics, depuis vingt ans, n'ont cessé de marquer leur préoccupation pour le problème-drogue: les rapports au Premier Ministre (Pelletier, Trautmann, Henrion), se sont succédés, tandis que diverses instances étaient créées à tous les niveaux de décision:

- Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie, qui devient ensuite Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie et, enfin, Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie au niveau gouvernemental.
- Nomination depuis octobre 1995 de Chefs de Projets pour chaque département.
- Commissions toxicomanies au sein des Conseils locaux et départementaux de prévention de la délinquance...

Le thème de la drogue est largement repris par les formations politiques, quelle que soit leur position sur l'échelle

gauche - droite. Nous avons repéré deux tonalités nettement différenciées; la première est utilisée pour parler des soins aux toxicomanes et de leur prise en charge: l'accent est mis alors sur l'aspect médical et technique, avec un brin de pitié et de condescendance. L'autre ton employé concerne l'ensemble du problème-drogue et se place résolument sur le terrain sécuritaire: c'est là qu'agissent les hommes de police et de justice. Cette alternance de discours, quelquefois contradictoires dans les choix qu'ils opèrent, crée et développe une confusion dans les esprits qui renforce le problème-drogue dans sa dimension de danger.

Enfin, et nous l'avons observé encore récemment, les hommes politiques propagent facilement l'idée que: "*la drogue, ça vient de l'étranger!*". Nous connaissons la polémique France/Pays-Bas; nous pouvons aussi évoquer le Front National, qui utilise l'argument de la drogue pour refuser l'ouverture des frontières à l'intérieur de l'Europe.

Les médias se sont bien-sûr également emparés du thème de la drogue: dans le but d'informer le plus souvent, quelquefois avec l'espoir de prévenir la toxicomanie, et parfois aussi en dramatisant les événements dans des buts moins avouables.

On ne saurait reprocher ni aux pouvoirs publics, ni aux hommes politiques, ni aux médias, de prendre en compte les préoccupations de la population, de s'y investir, de prendre position et de tenter de mettre en œuvre des solutions, quand bien même certaines nous paraissent inadéquates, voire dangereuses. Ce qui est en jeu ici est différent de la question de l'efficacité des mesures contre la drogue, car il s'agit de traiter d'abord le problème-drogue, de la même façon que Peyrefitte préconisait jadis de considérer sur le même plan l'insécurité et le sentiment d'insécurité.

Il existe cependant une différence de taille: le problème-drogue n'est pas apparu encore comme un problème en soi; il s'opère donc une confusion entre les problèmes réels des usages de drogues illicites (conduisant ou non à une toxicomanie) et le problème-drogue, qui est la préoccupation pour les problèmes de la drogue. Il nous apparaît pourtant que l'attitude des dirigeants de la nation, comme celle des médias, en s'attachant à répondre au problème-drogue en tant que représentation construite par le corps social, le valide de fait. Si le problème-drogue n'est pas

reconnu en tant que concept par les instances publiques, ces dernières l'acceptent de fait par les actions mises en place, et plus encore par les discours à son propos.

• **Le problème-drogue s'appuie sur une réalité**

Il n'existe pas en France d'enquêtes sur l'usage de drogues illicites portant sur la population générale, et l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies procède à des recoupements d'enquêtes parcellaires pour évaluer quantitativement le problème des drogues. Si les enquêtes officielles sur les consommations de toxiques illicites ont été réalisées très tardivement, et même si ces études avouent beaucoup d'imprécisions et d'imperfections, elles n'en montrent pas moins un fort accroissement des pratiques toxicomaniaques, et une banalisation de l'usage des drogues douces.

Il s'agit d'une augmentation forte, dont la courbe se distingue de celle de la délinquance par une inclinaison beaucoup plus marquée: ROCHÉ faisait état d'une augmentation de la criminalité de 113,62 % entre 1972 et 1985. Pour la même période, nous relevons une augmentation de 930 % des interpellations pour usage et usage-revente, et une augmentation de 1500 % pour les interpellations concernant le trafic illicite de stupéfiants<sup>5</sup>.

L'augmentation spectaculaire de l'activité policière et judiciaire pour faire respecter l'interdit d'usage et de commerce des substances illicites accompagné de la naissance et du développement de prises en charge spécialisées, le drame du sida - qui touche particulièrement les toxicomanes français - et son impact dans la population, pourraient suffire à marquer l'importance du problème. Pourtant, lorsque nous nous attachons à la réalité de la victimation, et plus particulièrement aux indicateurs que sont la morbidité et la mortalité, les usages de drogues n'apparaissent pas comme un problème de santé publique majeur, surtout si on les compare aux usages d'alcool et de tabac. Nous en déduisons que l'expérience de la victimation, pour soi et ses proches, n'est pas directement liée à la peur exprimée de la toxicomanie. Nous devons corriger cette assertion en considérant d'autres formes de victimation que la morbidité; en effet, les usagers de drogues illicites, et surtout les toxicomanes, sont aussi victimes de l'interdit

qui induit le marché noir, la cherté des produits et la délinquance pour obtenir l'argent nécessaire à entretenir sa toxicomanie, et enfin les usagers sont l'objet de poursuites judiciaires du simple fait de la consommation de substances interdites. Cette victimation opérée par les services répressifs est fortement ressentie par les proches et agit dans les liens sociaux comme une tache d'huile, polluant bien au-delà du réseau restreint des relations familiales et amicales.

### Le problème-drogue distinct du sentiment d'insécurité

En étudiant le problème-drogue avec les outils de compréhension du sentiment d'insécurité, nous arrivons à le conceptualiser, à l'identifier non seulement comme un éventuel composant, comme une possible illustration, mais comme un fait social à part entière. Le problème-drogue transcende le sentiment d'insécurité, l'utilise comme un tremplin pour trouver sa propre autonomie, ses propres repères, et s'en détache finalement. Cependant, le problème-drogue n'existe pas sans que la réalité des conduites toxicomaniaques d'une part, et l'expression du sentiment d'insécurité d'autre part, n'en soient les prémisses.

A lui seul, le problème-drogue cristallise peurs et préoccupations sur l'objet-drogue et sur ses auteurs/acteurs; s'appuyant sur des faits incontestables, il s'est élaboré selon un système de valeurs qui fondent l'identité de la communauté; l'objet-drogue est conçu et vécu comme un danger pour l'avenir des individus et de la communauté. C'est au nom de cette perception que sont exclus et stigmatisés les usagers de drogues et ceux qui en font le commerce illicite.

### Le problème-drogue est une passerelle

Nous savons comment l'usage de drogues illicites s'est développé dans la société de l'après-guerre: dans les années 60, les hallucinogènes étaient revendiqués par le mouvement hippie pour accéder à un monde nouveau. La répression de ce mouvement s'accompagne du développement de l'usage des sédatifs, morphiniques en tête, signant une ultime rébellion face à l'ordre social dominant. Nous nous attarderons sur cette naissance de la toxicomanie moderne, car elle nous éclaire sur l'apparition du problème-drogue. Souvenons nous en effet que l'héroïnomanie par son geste morbide, affirme d'abord son refus d'entrer dans

le monde qui lui est proposé, au point de risquer sa propre mort: il s'agit bien d'une mise à l'écart, d'un rejet violent de la société, de la civilité et de la citoyenneté; les toxicomanes se déclarent eux-mêmes étrangers à cette société. Evidemment, le corps social ne supporte pas que soient ainsi bafouées les règles communément admises, et réagit en stigmatisant les conduites toxicomaniaques, en réprimant ceux qui s'y adonnent. On pouvait penser la rupture définitive, et que l'arsenal répressif déployé viendrait à bout des contestataires: il n'en est rien! La toxicomanie continue de se développer, mettant de plus en plus en cause le modèle dominant, au point que le corps social ne peut plus se satisfaire de stigmatiser et réprimer: la crise est trop sévère pour être ainsi contenue, et il faut lui trouver une explication, une justification. C'est là qu'intervient le problème-drogue qui jette une passerelle entre la société et "le monde des drogués": il est une clé de compréhension des faits observés, insupportables sans cette lecture.

Le problème-drogue est nié en tant que concept autonome du problème posé par l'usage et le commerce des drogues, par les pouvoirs publics et l'autorité politique. Il en résulte une confusion du problème-drogue avec la réalité des problèmes de l'usage de toxiques; la portée des réponses proposées - tant au problème-drogue qu'à la réalité de la toxicomanie - en est considérablement limitée, voire nulle.

Nous plaçons l'interdit comme le nœud autour duquel se confondent problème-drogue et réalité de l'usage de toxiques. L'interdit est d'abord social (c'est mal de se droguer), et il est renforcé par la loi, à tel point que la communauté délègue à la police et à la justice le soin de faire respecter cet interdit; il en résulte deux conséquences majeures:

1. Les individus ne réagissent pas lorsqu'ils observent des comportements d'usages de toxiques: soit ils banalisent en accréditant l'idée que "il y en a partout", soit ils demandent l'intervention de la police qui tantôt ne réagit pas, tantôt médiatise largement la répression; quel que soit le cas de figure, le citoyen se trouve dispensé d'exercer ses devoirs.
2. La loi et son acceptation comme fondement de la communauté, reste un argument majeur dans les représentations sociales des usages de drogues. Il

se produit alors une assimilation des problèmes de la toxicomanie avec les conséquences pénales de l'interdit. Il est en effet admis par l'opinion - position reprise par les politiques et les médias - que la délinquance est conséquence de la drogue... alors qu'en fait, elle est conséquence de l'interdit législatif, dès lors que l'on admet comme possible une dépénalisation de l'usage.

### Éléments empiriques

Cette approche conceptuelle du problème-drogue, conforme à l'hypothèse de départ, doit être vérifiée par des éléments empiriques. Nous sommes allés les chercher au travers de deux démarches:

- l'étude des articles sur la drogue ou la toxicomanie parus dans la presse locale<sup>6</sup>, sur une durée de 4 années
- une enquête par entretiens auprès d'acteurs de la prévention des toxicomanies (bénévoles et professionnels de divers secteurs), et d'élus locaux du département de Saône-et-Loire.

Les résultats détaillés de ce travail de terrain ne peuvent être communiqués ici; en voici donc seulement les ultimes conclusions.

L'étude des articles de la presse locale vient confirmer et préciser le concept de problème-drogue que nous avons proposé:

- Les *peurs personnelles* sont très présentes dans les articles, qui présentent "la drogue" comme une calamité pouvant atteindre et détruire nos enfants.
- La *préoccupation pour l'ordre* est manifeste, en posant la répression comme moyen principal de lutte.
- L'*idée d'une menace généralisée* s'affirme avec une force croissante.
- Le discours univoque, centré sur l'interdit social et juridique des drogues, exprime le large *consensus social* sur la question: produits illicites et pratiques prohibées sont fortement stigmatisés.
- L'*action publique* est justifiée dans tous ses domaines (répression, soin, prévention) et dans ses priorités.

Cette étude nous a conduits à préciser les représentations sociales concernant le phénomène des drogues et des toxicomanies: face à des conduites et à des individus fortement stigmatisés, la presse désigne les produits illicites comme principaux responsables du fléau et justifie la répression exercée à l'égard des indivi-



du jugés responsables de la diffusion de ces toxiques.

Auprès des personnes qui jouent un rôle dans la prévention des toxicomanies, nous avons découvert d'autres axes: si la stigmatisation des toxicomanes est aussi forte que dans la presse, la répression est moins revendiquée. Les peurs personnelles sont fortement exprimées, et la préoccupation pour l'ordre, bien que masquée derrière un sincère souci altruiste, est également marquée: le problème des drogues est ressenti comme un véritable fléau social, insuffisamment pris en compte par les pouvoirs publics, et contre lequel chaque citoyen a le devoir de lutter, selon une même profession de foi: "*la drogue, c'est mal*".

Lors de nos entretiens, nous avons souvent été contrariés lorsque nous affirmions que la prévention des toxicomanies développée jusqu'alors n'avait pas répondu aux attentes de ses promoteurs, à savoir contenir, sinon réduire la toxicomanie. L'argument qui revenait systématiquement était le manque de moyens consacrés à la prévention, qui expliquait un échec relatif. Cet argument ne nous convainc pas. La première raison est que les moyens sont sous-estimés; des financements relativement importants sont en effet mis en œuvre à tous les niveaux: Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, collectivités locales et territoriales, initiatives privées... Mais ces financements restent isolés, sans coordination, apparemment incohérents. En fait, nous l'avons observé en Saône-et-Loire, la prévention des toxicomanies représente un investissement humain très important (des dizaines de personnes s'y consacrent), et le cumul des sommes engagées dans ces actions n'est pas négligeable, bien que le bénévolat soit souvent la règle. La seconde raison réside dans la difficulté actuelle à concevoir la prévention spécifique des toxicomanies: il n'est pas possible de donner des moyens pour mettre en œuvre des actions qui n'ont pas de référence théorique, pas de cadre conceptuel, empêchant toute coordination, toute organisation globale de la prévention. Le manque de moyens doit donc être considéré comme une conséquence de la difficulté à trouver un accord sur ce que doit être la prévention des toxicomanies.

L'incohérence de la prévention des toxicomanies n'est qu'une apparence: en fait, les pouvoirs publics ont une connaissance précise des moyens engagés et des actions entreprises, que ce soit

par les subventions qu'ils accordent, par la sensibilité de certains hommes politiques à ces problèmes, par les relations personnelles que les dirigeants associatifs entretiennent avec les détenteurs du pouvoir. La parcellisation de la prévention des toxicomanies semble convenir à tous les intervenants: cette parcellisation permet à chacun de se renforcer dans son idéologie, de ne pas remettre en cause sa pratique, de *garder l'illusion que son action participe à la lutte contre la toxicomanie, alors qu'en fait on lutte contre la peur suscitée par les représentations de la toxicomanie*.

Nous trouvons ici la validation de notre hypothèse: alors que les buts généraux de la prévention visent à lutter contre les représentations, le sens commun, à favoriser une approche pragmatique du problème à résoudre, la prévention des toxicomanies se nourrit des représentations sociales, d'une idéologie confuse avec la réalité et, en même temps, elle concourt à renforcer ces représentations sociales.

### **La loi: point d'ancrage du problème-drogue**

La loi est un point fondamental de la situation dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui. La loi est conçue par les individus et le corps social comme un code indispensable au bon fonctionnement de la société; dans un système démocratique, elle est ressentie comme légitime, dans la mesure où elle naît d'un débat, sinon entre les citoyens, tout au moins entre les parlementaires représentant le corps social. La loi est donc vécue comme une autorité morale légitime, et l'interdiction légale de consommer certaines substances devient le ciment des représentations sociales des toxicomanies.

La loi actuelle ne permet pas de prendre en compte la réalité du problème des drogues, - se posant même en contradiction à la politique de santé publique - car elle est bâtie sur une idéologie qui considère l'objet-drogue dans ce qu'il représente comme danger pour le corps social. A l'inverse, le problème-drogue interdit toute révision de la loi sur les toxicomanies, puisque dans cette perspective, nous serions contraints d'admettre qu'il existe un écart considérable entre les représentations sociales des drogues et la réalité des toxicomanies.

Le problème-drogue fonctionne comme un verrou social, empêchant toute approche pragmatique de la question des

toxicomanies et donc de leur prévention. Le problème-drogue est le terrain qui permet à l'interdit social et législatif de se maintenir, malgré sa stérilité, voire ses effets pervers: loi bafouée, santé publique menacée...

La société française se trouve actuellement dans une impasse, où il est de plus en plus difficile de traiter les problèmes sanitaires, sociaux et sécuritaires posés par l'abus de stupéfiants, où il n'est pas possible d'engager une politique de prévention des toxicomanies efficace. Cependant, la situation ne semble pas complètement bloquée: la question de l'efficacité est à l'ordre du jour, et l'idéologie qui préside actuellement aux décisions concernant le traitement du phénomène des drogues cède petit à petit, sous les assauts d'une réalité de plus en plus exigeante.

L'éclatement du problème-drogue est la condition nécessaire pour un traitement plus efficace du problème des abus de toxiques, que ce soit dans les domaines du soin, de la répression, de la prévention. Un des points de blocage est la difficulté à réviser la loi, à la rendre à nouveau opérationnelle selon des normes sociales et des mœurs qui ont évolué; changer la loi est le point de départ d'une politique pragmatique, susceptible d'engager un vaste débat de société sur la question des drogues. Ce débat est nécessaire pour réduire les représentations sociales, terrain d'une idéologie aujourd'hui vide de sens et dangereuse par son décalage avec la réalité.

---

### **Bibliographie**

1. S. ROCHÉ, 1993, *Le sentiment d'insécurité*, Paris, Presses Universitaires de France
2. A. PEYREFITTE, 1977, *Réponses à la violence - Rapport du Comité d'études sur la violence, la criminalité et la délinquance*, Paris, Presses Pocket.
3. Nous appelons victimation le fait pour un individu d'être victime d'un événement.
4. Nous utilisons ce néologisme pour désigner l'inquiétude exprimée par les individus pour leur sécurité
5. Source OCRTIS, cités par C. Carpentier-JM Costes, in "*Drogues et toxicomanies - indicateurs et tendances*", 1995
6. "*Le Progrès - Le Courrier*", seul quotidien régional présent dans le département de Saône-et-Loire.

## Formation en dépendances: de l'hétérogénéité au consensus professionnel

Bhama Steiger, chargée de recherche, EESP, Lausanne

### Des drogues aux dépendances

*De nos jours émergerait – avec pour modèle le toxicomane “substitué” utilisant des opiacés prescrits médicalement – la figure du toxicomane “normal” et inséré, qui succéderait au toxicomane “sauvage” et excessif, sinon ouvertement délinquant, du moins activement marginal.*

M. Vallaur in  
*Toxicomanies, Paris, 2000.*

La consommation et l'abus de drogues ne sont pas des phénomènes nouveaux. A. Charles-Nicola<sup>1</sup> écrit que “*la toxicomanie semble enracinée dans les fondements mêmes de la psyché humaine. Or, l'histoire montre des variations de grande amplitude du phénomène toxicomaniaque, dans un même pays et d'un pays à l'autre. La seule existence de ces variations signe la dimension conjoncturelle du phénomène toxicomaniaque. Comment des conduites humaines peuvent-elles être aussi profondément ancrées et disparaître presque, puis prendre la dimension de phénomènes de masse ou d'un “fléau social”?* Cette toxicomanie “à la fois immémoriale et totalement nouvelle”, ces processus “*ni spécifiquement, ni inéluctablement toxicomanogènes*”, l'amènent à l'hypothèse d'une “*vulnérabilité qui serait la résultante d'une psychogenèse, de facteurs biologiques et d'une sociogenèse*”.

Traversant différentes périodes de l'histoire et du mythe, de l'utilisation rituelle au besoin de survie, en

passant par les phénomènes de contre-culture (comme les hippies), l'usage des produits toxicomanogènes pose aujourd'hui un véritable problème de société, qui met en exergue la détresse humaine, l'impuissance des pouvoirs étatiques devant le trafic, les difficultés à mettre en place des mesures de prévention et de réduction des risques.

Avec l'émergence de nouvelles drogues et de leurs divers modes d'absorption concomitant avec des problèmes de santé tels le sida et l'hépatite C, différents milieux ont pris conscience de la nécessité de collaborer et de coordonner leurs efforts: travailleuses et travailleurs sociaux, médecins, infirmières et infirmiers et psychologues, mais aussi police, juges, enseignant-e-s, surveillant-e-s pénitentiaires, etc.

### Les dépendances, objet de santé publique

La première convention internationale sur la prohibition des stupéfiants date de 1912. En Suisse, les premières mesures ont été prises au niveau cantonal. La politique nationale en matière de dépendances a pris forme dans les années 90. La Confédération, soucieuse des problèmes de santé publique, a mis sur pied la politique dite des “*quatre piliers*” (la prévention, la thérapie, la réduction des risques et l'aide à la survie et la répression) pour soutenir les actions des cantons. Si le budget de la répression est toujours supérieur aux autres, la volonté de la Confédération de tout mettre en œuvre pour atteindre les trois premiers objectifs est claire-

ment affirmée. Aujourd'hui, les réflexions en matière de politique recouvrent différents domaines, qui vont de la consommation de produits psychotropes (drogues illégales, alcool, tabac...) aux comportements addictifs tels que la boulimie, l'anorexie, le jeu pathologique, etc.

L'OFSP a décidé en janvier 1996 de mettre en place une Commission d'experts “*Formation dans le domaine des dépendances*”. Par ce biais, l'OFSP souhaite développer un système de formation à même de traiter des problématiques des dépendances liées aux drogues légales et illégales. L'OFSP désire que ce système soit adapté aux particularités régionales et linguistiques, qu'il donne la priorité à la formation des spécialistes, qu'il s'adresse à toutes les catégories professionnelles concernées par la politique des “*quatre piliers*” et qu'il tienne compte de la situation particulière des personnes qui ne bénéficient pas de formation tertiaire. Différentes recherches ont été menées pour identifier les besoins dans ce domaine<sup>2</sup>, qui visent principalement les domaines social et sanitaire.

La Commission d'experts a comme but de “*transmettre des connaissances intra- et interprofessionnelles, renforcer le caractère interdisciplinaire des connaissances, et interprofessionnel de la collaboration, encourager la professionnalisation du travail, et accroître les compétences techniques, méthodologiques, sociales et personnelles des participants aux cours de formation*”<sup>3</sup>. Elle souhaite “*mettre en place des*

centres de compétences pour la formation des spécialistes, en exploitant au mieux et de façon coordonnée le savoir-faire existant” pour “renforcer le statut professionnel des participants aux cours de formation, de faire en sorte que les spécialistes trouvent une satisfaction accrue dans leur travail et de diminuer les fluctuations de personnes”. Dans un souci de faire se converger le “know-how” en matière de formation dans le domaine des dépendances, et pour faire suite à la mise sur pied de la Commission d’experts de l’OFSP, la Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances (fordd) a été créée en mai 98.

## Un profil de formation continue

Suite à l’ouverture, par la Commission d’experts, d’un programme de développement intitulé “*Berufsfeldspezifische Profilbildung in der Weiterbildung im Suchtbereich*”, l’Ecole d’études sociales et pédagogiques, en collaboration avec la fordd, a reçu le 14 juin 2000 le mandat de développer un profil de formation continue dans le domaine des dépendances pour les travailleuses et les travailleurs sociaux. D’autres institutions ont reçu le mandat de développer un diplôme de ce type pour les professions infirmières, médicales, etc). Le 2 février 2001, la fordd, en collaboration avec l’EESP, a reçu le mandat de développer un profil de formation interprofessionnel dans le domaine des dépendances. Ce mandat est divisé en deux étapes: d’une part, l’élaboration d’un règlement d’études complet (y compris la preuve de sa faisabilité); d’autre part, l’élaboration détaillée d’un curriculum de la formation.

Ce travail est mené conjointement par la fordd et l’EESP<sup>4</sup>. Un groupe de référence, composé de membres de la fordd, suit toutes les étapes du travail. L’EESP et la fordd se sont basés sur une conception de la formation continue de longue durée bâtie sur les lignes directrices de la formation continue dans les hautes écoles spécialisées (HES – S2<sup>5</sup>) et

sur les demandes de la Commission d’experts. Elle comprend deux dimensions majeures, soit un *Certificat interprofessionnel* de 240 périodes et un *Diplôme intraprofessionnel* pour les travailleuses et les travailleurs sociaux de 600 périodes.

## Certificat Interprofessionnel fordd

Le curriculum et le règlement d’études du Certificat interprofessionnel ont été présentés, discutés et amendés le 3 avril dernier avec les membres du Comité pédagogique de la fordd et les directeurs d’organismes romands de formation. Il sera organisé sous l’égide de la fordd.

Le Certificat s’adresse à des généralistes des différentes professions actifs dans le champ des dépendances. Il a pour but de transmettre des connaissances et de produire des compétences que l’étudiant-e devra s’approprier pour les partager dans son milieu professionnel. Il vise aussi à permettre à l’étudiant-e de développer sa capacité d’analyse, tant dans sa pratique de terrain que dans les connaissances acquises.

Le programme comporte 11 modules de 20 périodes et vise une reconnaissance cantonale, fédérale et internationale (système de crédits ECTS). Les conditions d’admission sont souples et permettent une admission sur dossier. Un système d’équivalences permet de reconnaître les formations antérieures.

### Contenus des modules de tronc commun

1. Les produits (pharmacologie et toxicologie); les mécanismes neurobiologiques et la réduction des risques.
2. Orientation dans le champ des dépendances; aspects légaux.
3. Travail en réseau et pratiques interprofessionnelles; éléments d’éthique.
4. Relation d’aide ou de soins. L’approche psychosociale; co-dépendance.
5. Approche médico-psychiatrique des dépendances et comorbidité.

6. Dépendance et lien social, comorbidité sociale.

### Contenus des modules à option (à choix, 1 dans chaque groupe à option)

7. Les approches psychosociales/cliniques.
8. Les champs d’intervention
9. Les thèmes spécifiques à la dépendance.

### Contenus des modules obligatoires

10. Analyse de pratique
11. Certification

Le Certificat devrait voir le jour à la rentrée d’automne 2002. Mais des collaborations avec différents organismes de formation se mettent déjà en place: ainsi, la formation Oliviers–Levant intègre dès mai 2002 le module 1 du tronc commun du Certificat.

L’originalité de ce projet de formation continue réside dans la volonté de le faire reconnaître à un niveau cantonal, fédéral et international et dans le défi de mettre sur pied une formation interprofessionnelle impliquant les intervenants de terrain à différents niveaux.

Un deuxième document, présentant le contenu détaillé ainsi que les détails structurels et logistiques du Certificat, est prévu pour le mois d’octobre-novembre 2001.

## Diplôme Intraprofessionnel "santé-social"

Le *Diplôme Intraprofessionnel* vise à perfectionner les connaissances et les compétences déjà acquises (entre autres) à travers le Certificat. Il est constitué d’un curriculum intraprofessionnel de 360 heures, avec un mémoire de fin d’études.

Le *Diplôme Intraprofessionnel* pour les travailleuses et les travailleurs sociaux traitera, via une organisation modulaire de la formation, de thématiques spécifiques. Il s’oriente en effet vers des études comparatives de différentes approches des dépendances, per-

mettant la réalisation d'une recherche-action adaptée au contexte de chaque participant-e, afin de permettre une meilleure appréhension des modalités d'intervention, tant dans le résidentiel que dans l'ambulatoire. Il optimisera ainsi les potentialités de chaque profession dans le réseau d'intervention et encouragera un travail d'équipe interprofessionnelle.

Il est pour l'instant prévu de faire 9 sessions de 5 jours, dont 3 jours de cours et 2 jours de processus d'intégration et de construction du travail de chaque étudiant-e, permettant la confrontation et le réajustement constant par rapport aux exigences et aux développements des pratiques.

Cette formation va maintenir le professionnel de terrain dans une dynamique de questionnement de sa pratique professionnelle, et lui permettra de se situer en tant qu'acteur social sur son lieu de pratique. Le terrain fera partie intégrante de la formation. Il est donc prévu que chaque étudiant-e ait un praticien formateur pour l'accompagner.

Actuellement, les deux responsables de la formation continue pour les filières sociale et infirmière (O. Amiguet de l'EESP et M. Vernaz de l'Ecole de la Source), travaillent ensemble pour dégager une partie commune de formation dans le cadre du Diplôme. Il est aussi prévu de contacter les autres secteurs impliqués dans cette formation (les médecins et les psychologues) pour mener un travail d'équipe.

#### **Modules communs proposés aux travailleuses et travailleurs sociaux et aux infirmières et infirmiers**

1. Co-dépendance, groupe de pairs et groupes de soutien.
2. Travail en équipe et réseau de

professionnels.

3. Prévention de la rechute et motivation.
4. Résilience.
5. Ethique.
6. Supervision.

#### **Modules spécifiques pour le travail social**

7. Insertion sociale.
8. Dépendance sans produits.
9. Conduite de projets et évaluation.

#### **Modules spécifiques pour le travail infirmier**

7. Le corps.
8. Plaisir et souffrance.
9. Conduite de projets et évaluation.

### **La volonté de faire différemment**

La création de la fordd a marqué la volonté de la Suisse romande de participer à la reconnaissance de la formation continue dans le domaine des dépendances. Des intervenant-e-s de terrain, avec des cultures professionnelles très différentes, sauront-ils s'écouter et partager leur expérience sur un même pied d'égalité? La nécessité de travailler en réseau ne fait plus aucun doute. Encore faut-il trouver des lieux communs pour un partage efficace qui privilégie non pas la profession, ni l'intervenant-e, mais la relation avec le bénéficiaire inscrit dans un contexte de vie bien précis, c'est-à-dire "*la rencontre d'une personnalité, d'un produit et d'un moment socioculturel*", comme l'écrit Claude Olivenstein.

La reconnaissance de la formation continue coïncide avec la mise en place des systèmes qualité. Avec le système QuaThéDA,<sup>6</sup> qui s'adresse aujourd'hui au milieu résidentiel, va s'étendre à l'ambulatoire,

les nouveaux collaborateurs devront justifier d'une formation continue.

La mise en place d'un processus de formation continue dans le domaine des dépendances et sa reconnaissance par des organismes reconnus arrivent donc à point nommé.

---

#### **Références**

1. Charles-Nicolas A. (1990), "Processus toxicomanogènes constantes et évolution", in Les nouvelles addictions, Paris: Masson.
2. Bregnard D., Jetzer A.-M., Tabin J.-P. (2000), Identification de l'offre et des besoins en formation dans le domaine des dépendances en Suisse romande. Lausanne: EESP.
- Gersch M. (1994), Besoins en formation continue des institutions suisses œuvrant dans le domaine de la toxicomanie. Université de Berne.
- Wicki M. (1994), Evaluation comparative de deux projets de formation continue dans le domaine des dépendances. Université de Berne.
3. Promotion de la formation continue en matière de dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues illégales (avril 98). Concept de la Commission d'experts de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Berne.
4. L'équipe de recherche est formée de Bhama Steiger, Olivier Amiguet, Louis-Pierre Roy, sous la direction de Jean-Pierre Tabin.
5. La loi sur les Hautes Ecoles Spécialisées a été acceptée en 1995. 3 types de formation postgrade sont prévus: études postgrades (min. 60 crédits ECTS), cours postgrades (min. 15 crédits ECTS) et modules postgrades (min. 1 crédit ECTS). La mise en œuvre de la structure HES-S2 est prévue pour l'automne 2001.
6. QuaThéDA, Qualité Thérapies Drogue Alcool. Un projet qualité de l'OFSP, développé pour les institutions de thérapie et de réhabilitation résidentielles dans le domaine des dépendances.

## Cours, séminaires

### *Journées de sensibilisation ISPA 2001*

#### **Co-dépendance**

Daniela Danis, Clinique La Métairie;  
Marie-Claude Axilais et Viviane Prats  
jeudi 11 octobre 2001 de 9h à 17h

#### **Médicaments: Prévenir l'abus**

Viviane Prats, avec la collaboration de  
MM. T. Bischoff, médecin; G. Emery,  
pharmacien; Etienne Maffli, psychologue  
mercredi 7 novembre 2001 de 9h à 17h

#### **Séminaire "Entreprises": Gestion des problèmes liés à l'alcool dans le monde professionnel**

Michel Graf  
vendredi 23 novembre 2001 de 8h30 à 17h

#### **Affirmation de soi**

Philippe Beck, formateur d'adultes  
samedi 3 novembre 2001 de 9h à 17h

#### **Gestion de mes émotions**

Fernand Veuthey, sociologue, comédien  
et formateur d'adultes au Bazart  
Théâtre, Châtel-St-Denis  
samedi 17 novembre 2001 de 9h à 17h

#### **La communication non violente ou créative selon Marshall Rosenberg**

Association suisse des formateurs en  
communication non violente.  
samedi 1er décembre 2001 de 9h à 17h

#### *Programme complet et informations:*

ISPA, Département Prévention,  
Danielle Ayer, tél. 021/321 29 85,  
e-mail: dayer@sfa-ispa.ch.

#### *Modules de formation continue fordd*

#### **L'approche centrée sur la personne dépendante (ACP)**

J-M. Randin, Psychologue ACP indé-  
pendant, Licencié en psychologie,  
Lausanne - R. Stachel, Assistant social,  
Centre St-Martin, Lausanne  
mardis 25 septembre, 30 octobre 2001  
et une date en novembre

#### **Travail interdisciplinaire avec les proches de patients dépendants**

Dr P. Gache, dép. de médecine commu-

nautaire des H.U.G - Dr F. Jenni, dép.  
de médecine communautaire des  
H.U.G. - Mme D. Danis, psychologue  
FSP- psychothérapeute ASP, Clinique  
de la Métairie - Mme C. Carnino, psy-  
chologue spécialiste FSP en psychothé-  
rapie, Maison de l'Ancre - M. D.  
Alhadef, psychologue FSP, dép. de  
médecine communautaire des H.U.G.  
lundi 10, vendredi 14, et mercredi 19  
septembre 2001

#### **Dépendance aux médicaments**

3 jours. Pour le 1er, les intervenants se-  
ront issus de la médecine, de la sociologie,  
de la psychologie, des soins infirmiers ou  
de la pharmacologie. Les ateliers seront  
destinés à favoriser les interactions et une  
reconnaissance mutuelle.

Deuxième et troisième journées:

T. Bischoff, médecin; G. Emery, phar-  
macien; E. Maffli, psychologue, ISPA;  
V. Prats, responsable de formation  
ISPA; E. Guittard, CERFASY; Dr H.  
Burkhalter, médecin  
jeudi 27 septembre, CHUV - mercredi 7  
novembre, ISPA - jeudi 8 novembre  
2001, Ecole de La Source

#### **Approche cognitivo-comportementale des addictions (niveau 2)**

F. Bourrit, psychologue, Genève - Dr  
M. Croquette, Genève - Dr C.  
Davidson, Genève - A. Perrin, psycho-  
logue, Genève  
Dates: lundis 22, 29 octobre, 5 et 12  
novembre 2001 de 13h30 à 18h30

#### **Aspects médico-psychiatriques des dépendances; comorbidités**

PD Dr J. Besson, DAS, Lausanne - Dr  
T. Bischoff, AVMCT, Bussigny -  
Dresse B. Broers DAS, Genève - Dr  
J.B. Daepfen, CHUV, DAS, Lausanne -  
Dresse H. Decrey - PMU, DAS,  
Lausanne - Dr M. Marsey PEPS, DAS,  
Genève - Dresse M. Monnat - PMU,  
DAS, Lausanne - Dr P. Sanchez-Mazas  
CSM, DAS, Lausanne - Dresse C.  
Schnyder, Calypso, DAS, Lausanne -  
Dresse V. Schweizer, Vallon, DAS,  
Lausanne - M. R. Stachel, CSM, DAS,  
Lausanne - PD Dr B. Yersin, CHUV,  
DAS, Lausanne  
mardis 6 - 13 - 20 novembre 2001

#### **Dépendances et lien social: la comorbidité sociale**

O. Amiguet, EESP - P-Y. Aubert, édu-

cateur - P. Aubert, assistant social - E.  
Dubath, assistante sociale -  
V. Hanselmann, licenciée en pédagogie  
sociale - C. Jaquet, interv. en dépen-  
dances - J-J. Marro, éducateur - H.  
Durnat, éducateur - F. Poupon, éduca-  
teur - L-P. Roy, EESP - R. Stachel,  
assistant social - G. Ziegler, Re'lier  
mercredi 14, jeudi 15, vendredi 16  
novembre 2001

#### **Mise en évidence des problèmes liés à l'accueil des patients toxicomanes dans les programmes de substitution à la méthadone et interventions possibles.**

Dr C. Davidson, Médecin psychiatre -  
M. P. Maso, Infirmier spécialiste cli-  
nique - M. T. Musset, Infirmier spécia-  
liste clinique - M. C. Quiénot, Infirmier  
enseignant spécialisé en santé mentale  
et psychiatrie  
mardi, mercredi, jeudi 27 - 28 - 29  
novembre 2001

*Programme complet et informations:*  
fordd, case postale 638, 1401 Yverdon  
024/426 34 34, fax 024/426 34 35,  
e-mail: great.aria@span.ch

#### *Perfectionnement professionnel ARIA*

#### **Dépendance aux médicaments**

Personnes de référence du monde de la  
sociologie, de la psychologie, des soins  
infirmiers, de la pharmacologie et de la  
médecine pour animer conférences et  
ateliers  
1 jour - 27 septembre 2001

#### **Travailler avec les émotions après le sevrage**

F. Neu  
1 jour - 23 novembre 2001

#### **Travailler à partir des compétences sociales des usagers**

J-F. Briefer, A-C. Graber, O. Amiguet  
1 jour - 13 décembre 2001

*Programme complet et informations:*  
ARIA, case postale 638, 1401 Yverdon  
024/426 34 34, fax 024/426 34 35,  
e-mail: great.aria@span.ch



des réflexions,  
des pratiques autour  
du champ des drogues  
légalles et illégales

# d é p e n d a n c e s

La revue "dépendances" s'adresse à toute personne intéressée par le champ des toxicomanies légales et illégales. Elle paraît trois fois l'an et traite de ces questions sous les angles social, politique, de prise en charge, de prévention et de réduction des risques.

Abonnement 45.- frs par an/20.- frs par numéro.

## **Parmi les thèmes publiés:**

Le devenir des patients alcooliques (no 2) - Balade au pays du tabac (no 4) - Politique des dépendances: réflexions, propositions (no 5) - La prévention, d'une définition à un choix de société (no 6) - Groupes d'entraide (no 7) - Les institutions résidentielles en crise (no 9) - Pour une prise en compte des rapports hommes-femmes (no 11) - Former des spécialistes en addiction (no 12)

**A consommer sans modération!**

Editée par:



Institut suisse de prévention  
de l'alcoolisme et autres  
toxicomanies



Groupement romand  
d'études sur l'alcoolisme  
et les toxicomanies