

Concepts de prévention des dépendances

Définition et objectifs de la prévention

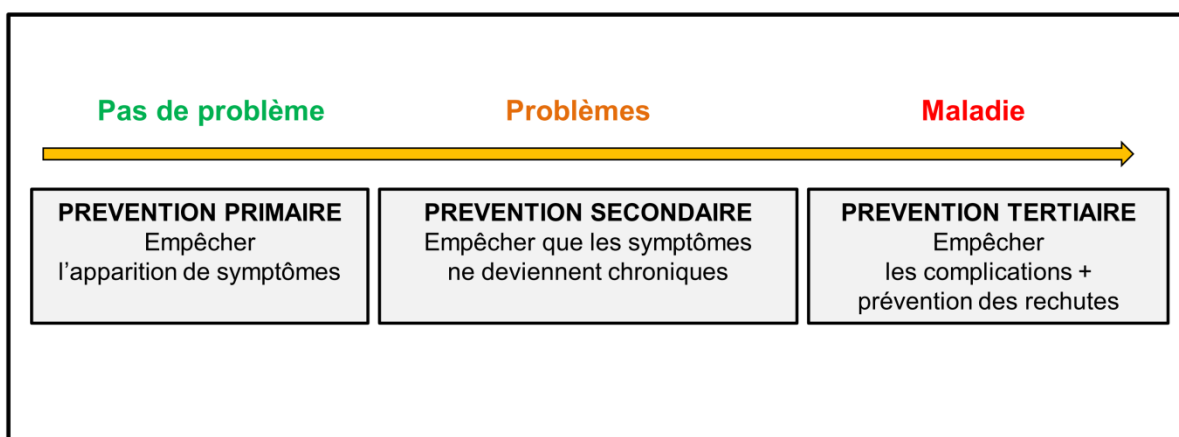
Selon la substance en cause, la problématique de l'addiction ou le groupe cible, la prévention des dépendances vise soit la non-entrée en consommation, soit la prévention des phénomènes suivants :

- la consommation précoce
- la consommation excessive
- les conséquences négatives de la consommation
- la consommation chronique à risque
- la dépendance

Ces objectifs sont pertinents pour les problèmes en lien avec une substance psychoactive ou avec certains comportements (cyberdépendance, jeux de hasard, etc.).

Prévention et moment de l'intervention

Jusqu'au milieu des années nonante, la classification la plus courante des mesures de prévention s'effectuait selon trois catégories d'inspiration médicale : prévention primaire, secondaire et tertiaire. La **prévention primaire** a pour but d'empêcher l'apparition d'un symptôme, alors que la **prévention secondaire** s'occupe du dépistage précoce et cherche à éviter l'aggravation des symptômes, ou tout au moins à améliorer les perspectives d'avenir des personnes touchées et de leur entourage. Quant à la **prévention tertiaire**, elle tend à empêcher les complications des troubles déjà existants, elle comprend également la prévention de la rechute.



Division de la prévention en fonction du moment d'intervention

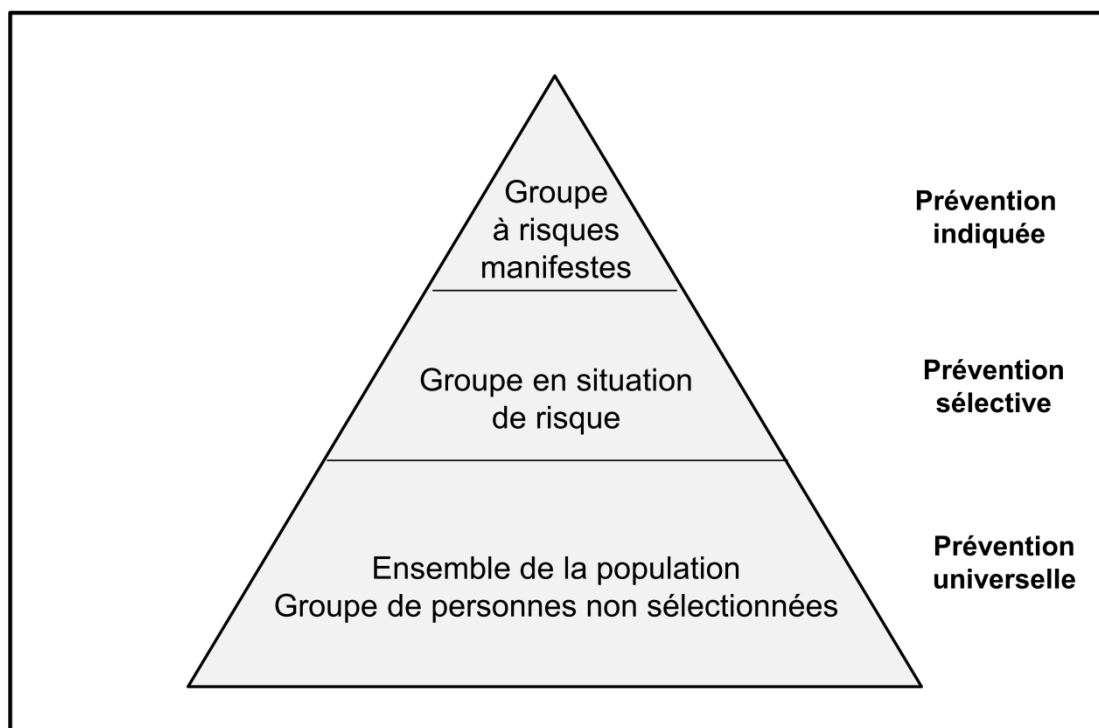
Prévention et groupe cible

De plus en plus, l'ancienne classification en prévention primaire, secondaire et tertiaire cède le pas à une nouvelle terminologie plus précise. Le concept s'attache aux groupes cibles: on parle maintenant de prévention universelle, sélective et indiquée.

La **prévention universelle** s'adresse à l'ensemble de la population ou à des segments entiers de cette dernière (par exemple les adolescent-e-s, les personnes actives...). Cette catégorie inclut les campagnes médiatiques, les mesures au niveau des communes ou encore le travail dans les écoles.

La **prévention sélective** vise des groupes en situation de risque définis. En général, ces personnes sont en bonne santé et ne présentent pas de signes particuliers ; mais pour elles, la probabilité de développer une addiction est plus élevée en raison de la présence de facteurs de risque qui ont été confirmés de manière empirique (par exemple chez les enfants issus d'une famille touchée par des problèmes d'alcool).

La **prévention indiquée** s'adresse à des personnes présentant des comportements à risques manifestes mais qui ne répondent pas (ou pas encore) aux critères de diagnostic d'une addiction. Les groupes de jeunes adultes et les adolescent-e-s qui ont une consommation excessive d'alcool en fin de semaine, par exemple.



Prévention en fonction des groupes cibles

La frontière entre ces divers types de prévention est perméable. Ces approches s'appuient l'une sur l'autre, s'imbriquent et, dans l'idéal, se complètent.



La prévention universelle constitue plutôt une stratégie de santé publique. Elle se justifie quand le danger menace l'ensemble de la population car même si les risques observés n'enregistrent qu'un faible recul, l'effet global sera notable vu la taille de la population touchée. En revanche, lorsque les risques sont répartis de façon inégale dans la société, la prévention sélective constitue le meilleur choix : les groupes en situation de risque reçoivent alors en quelque sorte une « dose » de prévention plus élevée et le bénéfice qu'ils en tireront sera plus important que si l'on avait opté pour une approche universelle. Il faut préciser toutefois que les stratégies sélectives et indiquées demandent beaucoup de temps et d'effort et sont plus complexes à appliquer, de par la vulnérabilité des groupes. Les recherches à leur sujet ne font que commencer et elles sont encore relativement peu développées. Un des défis majeurs sur le terrain consiste à identifier les groupes cibles pour des offres sélectives et indiquées, car on manque souvent de critères pour différencier les personnes en danger de celles qui ne le sont pas. De plus il existe un risque de stigmatisation des personnes.

Prévention versus promotion de la santé

On met parfois à égalité les notions de prévention universelle et de promotion de la santé. Il est en effet difficile de les différencier de manière nette : la prévention ne se limite en effet pas à la seule réduction des facteurs de risque mais œuvre également au renforcement de facteurs protecteurs qui, à leur tour, favorisent la santé. Toutes deux ont pour but la santé physique, psychique et sociale de la population, ou tout au moins une amélioration allant dans ce sens. Cependant, la promotion de la santé met plus fortement l'accent sur des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé (OMS 1999).

Prévention centrée sur les personnes ou orientée sur les structures

Une autre classification, tout aussi répandue, fait la distinction entre les deux approches suivantes : d'une part celle qui consiste à s'adresser directement aux personnes cibles et d'autre part celle qui vise leur environnement et les structures. Lorsque la prévention cherche à changer le comportement de certaines personnes ou de groupes particuliers, on parle de prévention centrée sur la personne, alors que les mesures orientées sur une modification des conditions-cadres sont assimilées à la prévention structurelle.

Les rares études existantes ont révélé que c'est en combinant ces deux formes de prévention que l'on atteint la plus grande efficacité (Kalke, 2009). Alors que les mesures structurelles semblent, à première vue, meilleur marché et qu'elles ont un rayon d'action plus large que la prévention centrée sur la personne, les évaluations montrent que les deux approches influent l'une sur l'autre et qu'il est par conséquent nécessaire d'adopter une stratégie globale.



Bibliographie

- Bourdillon, F. (dir.) (2009). *Traité de prévention*, Médecine-Sciences, Flammarion.
- Brisson, P. (2010). *Prévention des toxicomanies, Aspects théoriques et méthodologiques*, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic books, New York.
- EMCDDA, glossaire en ligne de l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary>
- Gordon, R. (1983). *An operational classification of disease prevention*. Public Health Reports, 98, 107-109.
- Kalke, J. (2009). *Wirksame verhaltenspräventive Maßnahmen an bundesdeutschen Schulen*, pp. 117–134. Prävention von Sucht und Substanzmissbrauch, Prävention und Gesundheitsförderung, Bd. IV, Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Morel, A., Couteron J-P. (2008). *Les conduites addictives, Comprendre, prévenir, soigner*, Dunod, Paris.
- Morel, A. (dir.) (2000). *Prévenir les toxicomanies*, Dunod, Paris.
- Morel, A. (dir.) (2010). *L'aide-mémoire d'Addictologie*, Dunod, Paris.
- NIDA, (1997b). *Drug Abuse Prevention: What works*, NIH Publication. No. 97-4110, Rockville, MD.

Lausanne, janvier 2013