

Dany, L. (2015). Prévention entre continuité et changements : réflexions psychosociales. In : M. Saint-Jean, N. Péoc'h, & B. Bastiani. (Eds.). *Accompagner le changement dans le champ de la santé* (pp. 9-22). Paris : De Boeck-Estem.

LA PRÉVENTION ENTRE CONTINUITÉ ET CHANGEMENTS : RÉFLEXIONS PSYCHOSOCIALES

1. Introduction

La prévention constitue un champ de réflexion particulièrement fécond pour les acteurs de la santé publique mais aussi pour la psychologie sociale. La prévention constitue un objet complexe qui tient d'une part à la complexité du « projet préventif » (objectifs, modalités d'élaboration et de mise en oeuvre), d'autre part, au façonnement sociétal de ce projet préventif qui est traversé par des attentes, des valeurs voire des conflits de perspectives au sein de la société. Face au constat de cette complexité, ce chapitre visera à participer à une démarche réflexive et critique en présentant : (1) les définitions associées à la prévention tout en soulignant son enjeu social, (2) une réflexion sur le fait que la prévention peut être appréhendée comme un lieu de « tension » entre l'individuel et le collectif, et (3) quatre défis auxquels la prévention contemporaine est confrontée (défis réflexif, créatif, évaluatif et éthique). Les réflexions développées dans ce chapitre visent à ouvrir des perspectives vers un nouveau paradigme de la prévention en nous appuyant notamment sur les apports d'une psychologie sociale critique.

2. La prévention

2.1. Un objet complexe

La prévention occupe une place de choix du fait de son histoire, de son inscription de plus en plus marquée dans nos sociétés contemporaines et des attentes qu'elle génère, voire les « espoirs » qu'elle fait naître. En France, si l'on se réfère à la « feuille de route » associée à la Stratégie Nationale de Santé présentée dernièrement¹, elle va être en mesure d'occuper une place de plus en plus importante dans les années à venir. Parler de prévention constitue un exercice délicat tant celle-ci renvoie, d'une part, à la complexité du « projet préventif » (ses objectifs, ses modalités), d'autre part, au cadre socioculturel qui façonne les attentes et valeurs associées à ce projet. Les objets de la prévention sont à la fois multiples, complexes et relèvent de situations de mise en œuvre qui comportent des enjeux différents (e.g., intervention en amont de la survenue de pathologie ou d'accidents auprès d'une population large et « indifférenciée », intervention en « aval » auprès d'une personne présentant une pathologie diagnostiquée). Elle inclue, par exemple, à la fois la communication sociale à grande échelle, les interventions ciblées auprès de populations ou encore les modalités de la relation thérapeutique. Les acteurs de la prévention sont nombreux, ils disposent de statuts divers et de compétences différentes. Leurs modalités d'action sont le plus souvent envisagées dans une perspective pluridisciplinaire et/ou complémentaire.

Ainsi, fort du constat de la complexité de cet objet, nous ne prétendons pas, dans ce chapitre, à l'exhaustivité. Notre objectif consiste plutôt au développement d'une démarche réflexive et critique, à un questionnement nécessaire pour faire « bouger » les lignes sur un sujet qui revêt une importance majeure pour les différents acteurs de la santé publique et pour la population dans son ensemble. Par ailleurs, ne pouvant prétendre à traiter l'ensemble des dimensions que recouvre la prévention, nous avons opéré le choix de proposer une réflexion portant sur la

¹ www.social-sante.gouv.fr/strategie-nationale-de-sante,2869/

prévention primaire (cf. ci-après) en illustrant notre propos à l'aide d'exemples issus, le plus souvent, du champ des conduites liées aux « drogues »². Cette centration sur ces éléments ne limite pas strictement la transversalité des réflexions proposées.

2.2 Définitions

Dans son acception la plus large, la prévention renvoie à la mise en œuvre de mesures qui visent à préserver une situation donnée. Dans le champ de la santé, la prévention renverra plus spécifiquement à l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. On distingue traditionnellement la prévention à partir de la classification proposée par Caplan (1964) qui la catégorise en prévention primaire, secondaire et tertiaire. La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'apparition (l'incidence) d'une maladie dans une population. Elle vise donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. La *prévention primaire* relève davantage d'un modèle comportemental (Kaplan 2000). Cette catégorie renvoie de façon usuelle à la définition même de la prévention. La *prévention secondaire* comprend tous les actes destinés à diminuer le taux de cas (la prévalence) d'une pathologie dans une population, à en réduire la durée d'évolution. La *prévention tertiaire* comprend tous les actes destinés à diminuer les conséquences négatives (e.g., incapacités chroniques, récidives, invalidités fonctionnelles) d'une pathologie existante au niveau de la population. Par la suite, d'autres classifications ont été proposées. Par exemple, Gordon (1983) distingue les types de prévention en fonction des publics cibles. Il distingue ainsi la *prévention universelle* (population entière), la *prévention*

² Nous utilisons le terme générique de « drogue » ou « drogues ». Pour autant cette terminologie n'a pas de valeur scientifique spécifique et constitue en elle-même une évaluation tant elle est le fruit d'une construction sociale. Dans son usage courant, elle ne permet de saisir, le plus souvent, qu'une certaine catégorie de substances : les substances illicites et/ou les substances considérées comme « dangereuses » ou illicites (Peretti-Watel 2005). L'utilisation de ce terme a donc pour effet de construire un objet qui porte une connotation péjorative, dépréciative voire polémique. Toutefois, le pluriel prend acte de la diversité des produits, de leurs effets et des problèmes qu'ils sont susceptibles de générer voire de leur statut légal. De plus, dans l'espace social, l'utilisation de ce terme rend l'analyse psychosociale particulièrement féconde car elle donne accès à des logiques sous-jacentes (individuelles et sociales) qui déterminent les positions des individus et des groupes à l'égard non pas seulement *de la drogue* mais *des drogues* (Dany 2008).

sélective (centrée sur les individus à risque élevé) et la *prévention indiquée* (ciblée sur les individus à haut risque).

Plus récemment, Romano et Hage (2000) ont proposé un certain nombre de critères associés aux interventions préventives. Ces interventions visent à : (a) arrêter un problème avant qu'il n'apparaisse ; (b) retarder l'apparition d'un problème comportemental, (c) réduire l'impact d'un problème comportemental existant ; (d) renforcer la connaissance ; les attitudes et les comportements qui promeuvent un bien-être émotionnel et physique ; (e) soutenir les politiques institutionnelles, communautaires et gouvernementales qui promeuvent le bien-être physique et émotionnel. Dans le champ de la santé mentale, Conyne (2004), suggère que la prévention est un but pour la vie de tous les jours et les acteurs concernés, par lequel les individus deviennent autonomes pour interagir de façon effective et appropriée avec une variété de niveaux de systèmes (micro, meso, exo et macro)³ et paramètres (individu, famille, école, communauté, travail). La mise en œuvre de la prévention vise la réduction de l'occurrence des nouveaux cas d'un problème, mais aussi leur durée et leur sévérité, et peut promouvoir le renforcement du fonctionnement des individus. Ces définitions récentes, tout en reprenant les caractéristiques « traditionnelles » de la prévention (cf. la prévention comme moyen d'empêcher ou de réduire l'impact d'un problème), mettent l'accent sur sa nécessaire mise en œuvre à l'échelle du « système » (cf. institutions, communautés, société) et sur son rôle sur le développement individuel et collectif (cf. la promotion du bien-être).

La prévention s'est inscrite massivement dans l'espace social suite à la « transition épidémiologique » (Peretti-Watel et Moatti 2009) marquée par le recul de la mortalité et de la transformation des causes de décès, mais aussi par l'augmentation des pathologies chroniques et dégénératives. Cette transition a pour conséquence une centration de la prévention sur les

³ *Micro* (caractéristiques, états, compétences, habiletés, déficits d'un individu) ; *meso* (milieu de vie immédiat, systèmes et personnes fréquentés par l'individu) ; *exo* (caractéristiques de l'environnement externe qui influencent l'individu ou les groupes) ; *macro* (environnements économique, politique, médiatique avec lesquels l'individu n'a pas d'interactions directes mais aussi les croyances, valeurs, idéologiques de la communauté).

« conduites à risque ». Cette centration sur les « comportements à risque » n'est pas neutre et dresse les contours du « principe de prévention ». Pour Peretti-Watel et Moatti (2009), le principe de prévention contemporain renvoie à la situation suivante : « l'épidémiologie établit de simples relations statistiques entre des conduites individuelles et des problèmes de santé (...) la prévention s'empare ensuite des conduites pour inciter les individus à y renoncer, en considérant ces derniers comme entrepreneurs de leur propre santé – tout à la fois autonomes, calculateurs, aptes à se projeter dans le futur et fortement attachés à leur santé » (p. 24).

Au-delà de son articulation aux savoirs produits par l'épidémiologie, une autre composante fondamentale est associée à la prévention : son caractère idéologique. En effet, pour de nombreux auteurs, « l'acte préventif » - en tant que pratique socialement définie, légitimée, régulée et mise en œuvre - n'est pas neutre. Pour Robert (2005), par exemple, l'évolution du concept de prévention est « indissociable de celle des valeurs de la société, et, en particulier des tabous religieux, de la place que cette société réserve à l'individu, des découvertes scientifiques et médicales, de la situation épidémiologique et de l'économie en général » (p. 19). Pour d'autres, elle « est une entreprise morale, vouée au culte de la santé et fondée sur la notion de risque, qui elle-même a une dimension idéologique forte » (Peretti-Watel et Moatti, 2009, p. 83). Cette composante idéologique de la prévention n'est pas sans conséquence sur la façon dont celle-ci est à la fois pensée et mise en œuvre. Elle est, à ce titre, en mesure de générer des tensions entre « l'individuel » et le « collectif ».

2.3 La prévention contemporaine : lieu de tension entre l'individuel et le collectif

Dans une perspective psychosociale d'analyse des comportements de santé et des conduites à risques (cf. Apostolidis et Dany, 2012, Dany 2013), on peut poser que (a) les comportements de santé et les comportements dit « à risque » comportent de façon intrinsèque des enjeux psycho-sociaux ; (b) ces comportements ne sont pas atomisés, ils sont liés socialement dans le

sens où une certaine logique psychosociale préside et participe à leur articulation potentielle ; (c) un ensemble de régulations psycho-sociales influencent les choix opérés par les individus et la « rationalisation » de ces choix ; (d) le risque est une construction sociale (cf. Lupton 1999) qui organise le champ du travail sociocognitif des individus et des groupes ; (e) les normes sociales contribuent en tant qu'élément constitutif et constituant à cette construction sociale du risque ; (f) la dimension identitaire est prépondérante dans la *négociation du risque*⁴. Ces différents points d'analyse visent à dresser les contours d'un projet d'intelligibilité des mécanismes liés à la négociation du risque par les individus et les groupes sociaux (cf. encadré 1 pour une illustration).

Encadré 1. La construction sociale du « bien fumer » chez les consommateurs de cannabis

La construction sociale du « bien fumer » chez les consommateurs de cannabis interroge de façon consubstantielle, d'une part, la question de l'établissement et du maintien des normes de consommation de cette substance, d'autre part, le travail d'édification et de légitimation des consommations considérées à risques et leur corolaire, les consommations non risquées voire normales. Nous avons réalisé une étude qualitative (Delepau et coll. 2012), par entretiens de recherche, afin d'étudier la norme du « fumer » (ou du « bien fumer ») en dégagant les critères de définition du normal, de l'excès, du « mal-fumer » et de façon concomitante d'explorer la construction du « risque cannabis ».

L'analyse de contenu des entretiens suggère que plusieurs rationalités coexistent pour penser le risque, les consommateurs puisent dans le savoir scientifique concernant les risques mais aussi dans des connaissances profanes présentes dans le groupe de pairs. Ils se basent sur des construits et des significations « déjà-là » pour interpréter les risques et leur attribuer un sens (Apostolidis et Dany 2012). Ces construits leur permettent de circonscrire les risques liés à

⁴ La *négociation du risque* rend compte des dynamiques interpersonnelles et psychosociales en jeu dans la construction du risque. Les individus « négocient » le rapport qu'ils entretiennent avec le comportement à risque considéré afin de concilier responsabilité personnelle, identité sociale et contrôle de la situation. La prévention contemporaine a participé de façon importante à cette « conscience de soi », les différentes campagnes de prévention invitant les récepteurs potentiels à se « subjectiver » (Berlivet 2004).

leurs pratiques et de se situer parmi ces risques. Les consommateurs interrogés jugent les risques sanitaires comme étant les plus fréquents et les plus graves. Inscrire les risques dans le champ de la santé renvoie à une certaine temporalité car ce n'est pas un risque immédiat mais diffus et pose l'hypothèse d'une normalisation de la pratique.

Le « bien-fumer » se retrouve chez tous les consommateurs mais il est plus élaboré et plus important chez les consommateurs réguliers. Ceux-ci doivent protéger leur identité en défendant leurs pratiques et en écartant les individus qui ne seraient pas respectueux de ces règles (Lo Monaco et coll. 2011). Les consommateurs, à travers leur élaboration psychosociale du « bien fumer », maintiennent une identité sociale et individuelle positive. Cette élaboration s'appuie sur un travail de circonscription et de définition des usages dits « normaux » au regard des pratiques déviantes et des autres substances psychoactives qui font figure de point de référence.

L'usage de cannabis recouvre des pratiques, des valeurs collectives et des limites socialement établies. Comme pour le « bien-boire », respecter les normes transmises au travers du « bien-fumer » conduit à un équilibre personnel qui se pense au regard de l'harmonie sociale (Ancel et Gaussoit 1998). Les normes de consommation permettent, d'une certaine manière, de maintenir une « tension entre l'impératif de la cohésion sociale et l'affirmation à disposer de soi » (Kokoreff 2010, p. 12). La construction du « bien fumer » et du « risque cannabis » traduisent un lien dynamique entre le sujet (individuel et collectif) et l'objet. Cette construction s'élabore dans et par des faits d'inscription et de participation sociales.

L'analyse des stratégies sociocognitives de neutralisation des risques liés au cannabis (cf. Peretti-Watel 2003), constitue un enjeu intéressant de connaissance, mais aussi un enjeu important pour la prévention. Ces enquêtes socio-représentationnelles permettent de repérer et d'analyser certains raisonnements concernant la définition du « devenir drogué au cannabis » qui puisent dans les « biologies » et les psychologies naïves façonnant les modes de vie et de

socialisation entre pairs (cf. Becker 1985). Dans ces raisonnements, la dangerosité de la substance (e.g. *dépendance, conséquences sanitaires et sociales*) et la perception du consommateur comme un drogué se construisent de manière conditionnelle en fonction des modes et des contextes d'usage (*occasionnel/quotidien, seul/en groupe*) qui renvoient à la relation supposée entre l'utilisateur et la substance (Dany 2008). Ainsi, de façon analogue avec ce qui a déjà été mis en évidence au sujet de l'alcool dans la société française, le « bien-fumer » apparaît comme une norme de conduite à laquelle déroge celui qui fume trop et/ou seul, passant ainsi du statut de quelqu'un de convivial à celui de drogué potentiel.

L'analyse du traitement sociétal du risque montre que nous sommes confrontés à une « privatisation du risque » (Peretti-Watel et Moatti, 2009) qui met l'accent sur les conduites individuelles et la responsabilité personnelle. Le « paradigme épidémiologique » (cf. Peretti-Watel 2004) contribue de façon importante au travail de légitimation de cette perspective. Il nous semble qu'aborder ces conduites sous un angle strictement « individuel » peut poser problème tant elles sont marquées par des formes de régulations sociales.

Cinq aspects *a minima* permettent d'envisager cette composante sociale des conduites individuelles : (a) ces conduites sont pour partie le fruit d'un apprentissage social (e.g., socialisation, habitus, normes) ; (b) elles sont très largement mises en œuvre en présence d'autrui ; (c) elles participent à la régulation des rapports sociaux avec autrui (e.g., sociabilité, participation sociale) ; (d) elles participent à la construction identitaire (e.g., inscription sociale) ; (e) elles font l'objet d'évaluations, d'interprétations, de régulations par le sujet (et les groupes sociaux) qui les met en œuvre (ou non) et cet ensemble d'évaluations passe par une grille de lecture qui comporte une dimension sociale.

La tension entre « l'individuel » et le « collectif » se manifeste donc de façon composite. En résumé, elle s'exprime en premier lieu dans la construction sociale du risque qui rend compte

des processus éminemment sociaux de cette construction (i.e. les contextes sociaux et culturels comme cadres dans lesquels les risques sont produits, le « risque » comme valeur où figurent des choix sociaux) et de processus individuels de (re)définition des risques en lien avec des enjeux identitaires. Elle s'exprime également dans la confrontation de logiques explicatives des conduites à risques qui reposent sur la prégnance de la responsabilité individuelle ou sur la dimension sociale de ces conduites.

Le paradigme préventif a besoin de se questionner sur lui-même et de se nourrir de ses propres « contradictions » et « impasses ». Il peut être intéressant de questionner ce paradigme en pointant certains défis⁵, non-exclusifs les uns des autres, que la prévention contemporaine pourrait être amenée à relever.

3. Quelques défis associés à la prévention contemporaine

Nous avons identifié quatre défis qui nous semblent constituer autant de points de réflexion et de travail pour les acteurs de la prévention : un *défi réflexif* (Comment penser l'objet et le sujet de la prévention ?), un *défi créatif* (Comment mettre en œuvre la prévention ?), un *défi évaluatif* (Comment évaluer la prévention ?) et un *défi éthique* (Comment mettre en œuvre la prévention dans le respect de chacun ?). Nous ne donnerons pas de réponse définitive quant aux réponses à apporter à ces défis, nous dresserons les contours d'une réflexion qui se veut porteuse d'enjeux théoriques, méthodologiques et éthiques.

3.1. Défi réflexif

Ce type de défi concerne la manière dont l'objet (le comportement) et le sujet (en tant que « cible ») même de la prévention peuvent être pensés, la façon dont ils peuvent être analysés. Plusieurs théories ont été développées au cours de ces dernières décennies avec pour objectif d'expliquer les comportements de santé : le Health Belief Model (Rosenstock 1974), la théorie de la motivation à se protéger (Rogers, 1983), la théorie de l'action raisonnée (Ajzen

⁵ Bien entendu cette liste ne saurait être exhaustive.

et Fishbein 1980), la théorie du comportement planifié (Ajzen 1991) ou encore le modèle des médiateurs de la santé (Rutter et Quine 2000). Le point commun de tous ces modèles est de considérer les comportements de santé comme des comportements sociaux qui sont conçus schématiquement comme étant fonction des attitudes et des croyances des individus et des groupes par rapport à des objets ou des situations (Sarafino 1990).

Malgré leur intérêt pour la recherche et le développement de la connaissance, force est de constater que les bilans de ces modèles sont mitigés (Armitage et Conner 2001, Floyd et coll. 2000)⁶. Par ailleurs, leurs conceptions ambiguës et réductrices ont fait l'objet de critiques (Apostolidis et Dany 2012, Morin 2001, Ogden 2008) portant sur les problèmes conceptuels de ces construits (e.g., sens de la causalité, redondance entre construits), les aspects méthodologiques (e.g., puissance statistique, transversalité des mesures), les problèmes de prédiction (e.g., défaut de prédiction de l'intention comportementale, difficulté à prédire le comportement). Les modèles de rationalité ou de calcul des risques inhérents à ces modèles, qui privilégient (volontairement ou non) les processus opérant à un niveau intra-individuel, ont tendance à réduire la complexité des mécanismes en jeu et à restreindre l'espace de la pluri-rationalité qui opère dans les situations sociales.

Il nous faut (re)programmer notre « logiciel de compréhension » des conduites à risques et des comportements de santé en envisageant le rôle de cette pluri-rationalité chez les individus. En d'autres termes, il nous faut prendre en compte la coexistence de rationalités multiples et parfois contradictoires⁷. Il nous faut également garder à l'esprit que l'expression « rationalités multiples » ne peut être confondue avec le « raisonnable », ce dernier terme traduisant des valeurs et des normes sociales. Les individus construisent, légitimement, évaluent les risques et leurs comportements de santé comme des faits associés à leur inscription et à leur

⁶ Plus précisément, ces méta-analyses montrent par exemple que certains modèles théoriques (e.g., théorie du comportement planifié, théorie de la motivation à se protéger) ne permettent d'expliquer que de façon « modérée » les intentions comportementales et les comportements.

⁷ Qui constituent, à bien des titres, le « prix » de notre humanité.

participation sociales (cf. Apostolidis et Dany, 2012). Ce constat engendre deux questions essentielles qui peuvent accompagner toute réflexion sur l'action préventive : à partir de quelle place sociale l'individu est-il amené à évaluer ses comportements de santé et ce qui est risqué ? A partir de quelles relations entretenues avec les autres, l'individu construit-il les risques et ce qu'il est bon de faire pour préserver sa santé ? Il s'agit là d'un défi intellectuel pour penser et mettre en œuvre la prévention. Un véritable projet de société dans le sens où il impose une définition de ce qui *est* et *fait* société. Dans un certain sens, ce projet vise à resocialiser les conduites à risques et les comportements « nuisibles » à la santé.

A titre illustratif, nous avons montré dans deux études portant l'une sur le cannabis (Dany et Abric 2007) et l'autre sur la cocaïne (Dany et coll. sous presse) que la connaissance perçue déclarée par les individus vis-à-vis de ces deux substances était corrélée avec leurs pratiques⁸ et leur degré d'implication⁹ vis-à-vis de ces substances. Ce type de résultats questionne de façon intéressante un des objectifs de la prévention qui est l'augmentation du niveau de connaissance des individus par rapport aux substances consommées et leurs effets potentiels. En effet, ces travaux pointent que ce sont les individus les plus « proches » de ces substances qui déclarent le niveau de connaissance perçue le plus élevé¹⁰. Il n'est d'ailleurs pas paradoxal de pointer cette situation car l'expérimentation des substances et le développement des pratiques augmentent la probabilité de développer *a minima* un savoir expérientiel (e.g., modalités et techniques liés à l'usage, effets des substances, cadre légal, ...) qui peut se traduire en un savoir « expert » par confrontation au savoir scientifique existant.

3.2. Défi créatif

⁸ Dans les deux cas, il s'agissait de mesures portant sur la consommation de la substance étudiée et les consommations d'autres produits psychoactifs (e.g., alcool, tabac, expérimentation de substances illicites autres).

⁹ L'implication peut s'apparenter au niveau auquel l'individu peut *avoir rapport à - se sentir concerné par -* l'objet ou encore son positionnement sur un axe « observateurs » / « acteurs » vis-à-vis de l'objet.

¹⁰ La mise en œuvre de comportements potentiellement « nocifs » à la santé comme la consommation de psychotropes n'est pas, en effet, contradictoire avec la présence d'un niveau de connaissance élevé (ou perçu comme tel) ou d'une reconnaissance de la dangerosité (e.g., composante addictive du produit) chez les individus et les groupes sociaux (e.g., Jenks 1992, Klee 1998).

Ce défi concerne plus particulièrement la manière dont la prévention peut être mise en œuvre. La réalisation effective des actions de prévention répond à une double contrainte qui porte sur la demande sociale en termes de prévention et sur les conditions de réalisation des actions de prévention. La demande sociale concerne le contexte socio-institutionnel qui délimite les « territoires » de la prévention (e.g., priorités, acteurs mobilisés, publics cibles, ...). Les conditions de réalisation renvoient plus spécifiquement aux possibilités concrètes qui permettront le déroulement des actions (e.g., moyens financiers, cadre d'intervention, modalités d'intervention, ...). Les acteurs de la prévention sont le plus souvent, soumis à ce double système de contrainte qui inscrit la réalisation des actions dans un contexte de précarité et de dépendance. Ce contexte n'est pas particulièrement favorable à « la prise de risque » par les acteurs de la prévention¹¹.

Or, selon nous, une véritable politique de développement de la prévention devrait permettre l'innovation et la créativité en matière d'actions de prévention. En ce domaine, la créativité nécessite un dépassement des cadres attendus de l'intervention, telles que certaines valeurs ont tendance à les définir. L'actualité récente illustre parfaitement l'écart que l'on peut observer entre *nécessité sociale* des actions préventives (nécessité qui peut faire l'objet de consensus aux niveaux institutionnel ou décisionnel) et *acceptation sociale* de ces mêmes actions de prévention (e.g., les évènements récents autour de la « théorie du genre » et de l'éducation sexuelle à l'école ; les débats autour des salles de consommation de drogue à moindre risque communément nommées « salles de shoot »¹²). Une politique volontariste en

¹¹ Notre propos ne doit pas laisser penser que tous les acteurs de la prévention seraient contraints de façon équivalente, ou qu'aucun ne pourrait développer des actions innovantes. Il s'agit davantage de pointer certaines limites structurelles à la mise en œuvre des actions d'un point de vue plus général.

¹² Cette dernière dénomination témoigne déjà en soi du problème tel qu'il peut être posé pour s'opposer à ce dispositif.

termes de réduction des risques¹³ permettrait également de dépasser les enjeux moraux qui ne doivent pas se substituer aux enjeux de santé publique.

Ce défi créatif pourrait s'appuyer sur une posture combinant différents présupposés, par exemple :

- Exclure le risque zéro (qui n'est qu'un leurre) sans « banaliser » les pratiques à risques et sans participer à une hiérarchisation *a priori* des « risques ».
- Contribuer à une démarche d'analyse compréhensive et contextuelle du/des risques(s).
- Participer à un projet de santé publique global qui vise la réduction des conséquences associées aux prises de substances.
- Privilégier le point de vue des acteurs (publics, professionnels, experts) sans les mettre en concurrence mais en envisageant l'articulation nécessaire de ces différents savoirs.
- Contribuer à mettre en évidence les « ressorts » (cf. systèmes et processus de légitimation) qui opèrent dans la construction du débat social sur les risques en développant une démarche critique.
- Contribuer à rendre les individus acteurs de leur santé en s'appuyant sur leur ressources propres, en prenant en compte le rôle des contraintes bio-psycho-sociales auxquelles ils sont confrontés et en privilégiant une approche qui donne toute son importance à la subjectivité des individus.

3.3. Défi évaluatif

L'évaluation doit être au cœur de la prévention. Une évaluation formative et non pas une évaluation punitive. Autrement dit, une évaluation qui tolère l'absence de résultats afin de favoriser l'expérimentation et la prise de « risque » de la part des acteurs de la prévention.

Dans le champ de la prévention, nous sommes « condamnés » à innover (cf. le défi créatif)

¹³ La réduction des risques vise à minimiser les risques encourus par la réalisation d'un comportement considéré « à risque » (e.g., réduction des risques liés à l'usage d'une substances par la prévention du passage à l'injection ou la prévention du risque infectieux par l'accès à du matériel stérile par exemple).

pour à la fois permettre un renouvellement des modalités d'action et permettre une adaptation de ces modalités d'action.

Ce défi évaluatif porte également sur le nécessaire développement de recherches d'envergure dans le contexte français afin d'étudier les programmes de prévention existants, à la fois pour en évaluer les effets potentiels mais aussi pour caractériser les critères d'efficience associés à ces programmes (Cuijpers 2002). Le développement de telles recherches permettrait de pallier au problème d'adaptation culturelle posé par la transposition des programmes existants qui sont, pour la plupart, Nord-Américains (Cuijpers 2002, Rooney et Murray, 1996)¹⁴.

Bien que nécessaire, la mesure et l'évaluation ne peuvent et ne doivent pas se substituer à une approche globale qui vise à garantir la réflexivité nécessaire à l'activité des professionnels de la prévention car l'utilisation d'outils de mesure nous confronte à l'illusion d'une certaine « transparence » :

- *Transparence des faits* qui tend vers une circonscription d'un phénomène tenu pour conforme à une réalité représentée ;
- *Transparence des liens* qui donnent sens aux situations et évènements (e.g., explicitation de l'expérience des individus par la mise en relation d'un ensemble de construits entre eux) ;
- *Transparence des causes* sous-jacentes aux observations réalisées par recours à des hypothèses qui s'appuient en partie sur la modélisation des concepts en construits opérationnels pour la mesure.

Ce défi évaluatif pourra également être mené à bien en développant la formation à un niveau général (les divers acteurs qui sont en mesure d'intervenir dans le champ de la prévention, quel qu'en soit le statut) mais aussi à un haut niveau de spécialisation (master et doctorat) afin de disposer d'experts au niveau local et national qui constitueront autant d'acteurs avertis.

¹⁴ Ce constat limite également les enseignements des méta-analyses réalisées dans le domaine.

3.4. Défi éthique

La prévention, quelle que soit son intention, est en mesure de stigmatiser les individus et les groupes sociaux. En pointant les comportements nocifs ou non appropriés, nous pointons (sans le vouloir parfois) des individus et/ou des groupes qui, de fait, se trouvent étiquetés comme étant à risque ou déviants. De l'évaluation des facteurs de risques à la désignation des populations à risques, il n'y a qu'un pas qui peut conduire à la stigmatisation des groupes concernés. Plus précisément, les conduites à risques constituent un outil de classification et un prétexte à l'étiquetage (Peretti-Watel 2000) dans le sens où celui qui s'éloigne de la norme devient un « risque » (charge, coût, menace). Le risque devient alors synonyme d'anormalité, d'inadaptation et permet d'étiqueter les groupes à risques¹⁵.

Par ailleurs, « Les notions de « comportement à risques » et de « groupes à risques » n'ont pas la même acception dès lors que les individus affirment leur préférence pour une société d'individus qui en appelle à la responsabilité de chacun de ses membres ou pour une communauté qui valorise la conformité sociale » (Calvez 2005, p. 40). Ces enjeux ne sont pas sans conséquence, car l'individu stigmatisé ou celui qui se trouve au cœur des processus d'influence sociale visant à modifier ses comportements ou attitudes ne reste pas « sans rien faire » face à ces tentatives. Ainsi, comme le montrent de nombreux travaux (e.g., Dany et Apostolidis 2002, Falomir et Mugny 2004) « les plus exposés au risques développent des stratégies actives d'atténuation de la menace, qui se traduisent par un traitement défensif de l'information » (Morin 2010, p. 211). En ce sens, il est indispensable d'anticiper le caractère potentiellement conflictuel de la situation de prévention et l'impact que celle-ci est en mesure d'avoir sur les individus et les groupes sociaux. Le projet préventif ne pourrait se réaliser au détriment de ces derniers sans que son fondement éthique en soit questionné.

¹⁵ Par exemple, « Fumer ne concerne plus ce que l'on fait mais dénonce ce que l'on est » (Pigéard de Gurbert 2011, p. 102).

Un autre point essentiel concerne la prise en compte des inégalités sociales. Il faut fortement investir ce champ des inégalités sociales de santé qui constitue un « terreau » sur lequel nous devons envisager les actions de prévention. La précarité constitue en soi un obstacle important à la mise en œuvre de la prévention. La santé, sous sa forme du « gouvernement de soi » (cf. Foucault 1976), est rarement une priorité (une compétence diraient certains !) lorsque l'on est en situation de précarité. Être acteur nécessite d'être en capacité d'agir et en possibilité de penser l'action comme possible, adéquate et nécessaire. Or les contraintes structurelles qui s'imposent à l'action (pensée et agie) sont en mesure de remettre en cause le projet préventif.

4. Pour conclure

Ce rapide tour d'horizon sélectif montre à quel point la prévention constitue un phénomène complexe qui traverse tous les espaces de la société. Il nous faut non seulement pointer le caractère « complexe » des phénomènes qui sont associés à la prévention mais aussi, d'une certaine manière, revendiquer la complexité de ces phénomènes pour se défendre de toute tendance à la simplification des problèmes posés. Cette simplification s'accompagne, le plus souvent, de la promotion d'orientations tracées par des valeurs ou idéologies et non par l'expertise. Réduire cette complexité au détriment de la compréhension nous conduirait, selon nous, dans une impasse.

Beaucoup d'acteurs de terrain sont impliqués dans la mise en œuvre des actions de prévention et disposent d'un savoir expérientiel utile au développement de nouvelles stratégies préventives. La mobilisation de ces acteurs, comme la valorisation de l'action préventive constituent des axes essentiels à développer. La prévention, entre continuité et changements, doit nous permettre de construire un nouveau paradigme de la prévention en nous appuyant sur les expériences et savoirs disponibles, en suscitant l'innovation auprès des acteurs de la prévention (et de la réduction des risques) et en garantissant une démarche réflexive-critique.

A retenir

- Le risque est une construction sociale (Lupton 1999).
- La prévention génère des tensions entre « l'individuel » et le « collectif » (Apostolidis et Dany 2012).
- La prévention est en mesure de stigmatiser les individus et les groupes sociaux (Peretti-Watel et Moatti 2009).

Questions de discussion

- Le prise de risque doit-elle être envisagée comme un comportement irrationnel ?
- Pourquoi parler de tension entre l'individuel et le collectif lorsque que l'on évoque la prévention.
- En quoi l'analyse des représentations du risque peut nous aider à changer de paradigme préventif ?

Lectures pour aller plus loin

- Un ensemble de travaux qui montre comment les consommateurs de tabac résistent aux messages de prévention / Falomir, J. M., & Mugny, G. (2004). *Société contre fumeur*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Une présentation sur la construction sociale du risque et de ses enjeux / Lupton, D. (1999). *Risk*. London : Routledge.
- Une réflexion critique pertinente sur les enjeux contemporains de la prévention et de ses limites / Peretti-Watel, P., & Moatti, J.-P. (2009). *Le principe de prévention*. Paris : Seuil.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracin, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 173-221). Mahwah, NJ : Erlbaum.
- Ancel, P., & Gaussoit, L. (1998). *Alcool et alcoolisme : Pratiques et représentations*. Paris : L'Harmattan.
- Apostolidis, T., & Dany, L. (2012). Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : le regard des représentations sociales. *Psychologie Française*, 57, 67-81.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471-499.
- Becker, H. S. (1985). *Outsiders*. Paris : Métaillié.
- Berlivet, L. (2004). Une biopolitique de l'éducation à la santé. In D. Fassin, & D. Memmi (Eds.), *Le gouvernement des corps* (pp. 37-75). Paris : Editions de l'Ecole des hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Calvez, M. (2005). Les modèles culturels dans la prévention du sida. In B. Bouquet (Ed.). *La prévention : concept, politiques, pratiques en débat* (pp. 33-44). Paris : L'Harmattan.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Oxford : Basic Books.
- Conyne, R. K. (2004). *Preventive counseling: Helping people to become empowered in systems and settings*. New-York : Routledge.
- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27(6), 1009-1023.
- Dany, L. (2008). *La drogue et le cannabis : approche psychosociale*. Lille : ANRT

- Dany, L. (2013). *Approche psychosociale des situations de santé et de maladie*. Habilitation à Diriger les Recherches : Université d'Aix-Marseille.
- Dany, L., & Abric, J.-C. (2007). Distance à l'objet et représentations du cannabis. *International Review of Social Psychology*, 20, 77-104.
- Dany, L., & Apostolidis, T. (2002). L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis : un enjeu pour la prévention. *Santé Publique*, 14, 335-344.
- Dany, L., Apostolidis, T., & Harabi, S. (sous presse). Distance to the object and social representations: Replication and further evidences. *The Spanish Journal of Psychology*.
- Delepau, E., Mouries, C., Dany, L., & Apostolidis, T. (2012). *La construction sociale du « bien fumer » chez les consommateurs de cannabis : normes de consommation et risques*. Communication présentée au 7^e Congrès de Psychologie de la Santé en Langue Française. Lille.
- Falomir, J. M., & Mugny, G. (2004). *Société contre fumeur*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Floyd, D. L., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (2000). A meta-analysis of research on protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(2), 407-429.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité 1. La volonté de savoir*. Paris : Gallimard.
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98(2), 107-109.
- Jenks, R. J. (1992). Attitudes, perceptions, and risk-taking behaviors of smokers, ex-smokers, and nonsmokers. *Journal of Social Psychology*, 132, 569-575.
- Kaplan, R. M. (2000). Two pathways to prevention. *American psychologist*, 55, 382.
- Klee, H. (1998). The love of speed: an analysis of the enduring attraction of amphetamine sulphate for British youth. *Journal of Drug Issues*, 28, 33-56.

- Kokoreff, M. (2010). *La drogue est-elle un problème ? Usages, trafics et politiques publiques*. Paris : Payot.
- Lo Monaco, G., Piermattéo, A., Guimelli, C., & Ernst-Vintila, A. (2011). Using the Black Sheep Effect to reveal normative stakes: The example of alcohol drinking contexts. *European Journal of Social Psychology*, 41, 1-5.
- Lupton, D. (1999). *Risk*. London : Routledge.
- Morin, M. (2001). Croyances, attitudes et représentations sociales dans la prévention et le traitement de l'infection au VIH. In M. Bruchon-Schweitzer, & B. Quintard (Eds). *Personnalité et maladies* (pp. 239-258). Paris : Dunod.
- Morin, M. (2010). Du bon usage des campagnes de prévention. In C. Halpern (Ed.), *La santé : un enjeu de société* (pp. 206-213). Paris : Sciences Humaines Editions.
- Morin, M., & Apostolidis, T. (2002). Contexte social et santé. In G.-N. Fischer (Ed.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 463-489). Paris : Dunod.
- Ogden, J. (2008). *Psychologie de la santé*. Bruxelles : De Boeck
- Peretti-Watel, P. (2000). *Sociologie du risque*. Paris : Armand Colin.
- Peretti-Watel, P. (2003). Neutralization theory and the denial of risk : some evidence from cannabis use among French adolescents. *The British Journal of Sociology*, 54, 21-42.
- Peretti-Watel, P. (2004). Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque. *Revue Française de Sociologie*, 45(1), 103-132.
- Peretti-Watel, P. (2005). *Cannabis, ecstasy : du stigmaté au déni*. Paris : Harmattan.
- Peretti-Watel, P., & Moatti, J.-P. (2009). *Le principe de prévention*. Paris : Seuil.
- Pigeard de Gurbert, G. (2011). *Fumer tue, peut-on risquer sa vie ?*. Paris : Flammarion.
- Radley, A. (1994). *Making sense of illness*. London : Sage.

- Robert, G. (2005). Génèse et évolution du concept de prévention en matière de santé. In B. Bouquet (Ed.). *La prévention : concept, politiques, pratiques en débat* (pp. 19-32). Paris : L'Harmattan.
- Romano, J. L., & Hage, S. M. (2000). Prevention and counseling psychology revitalizing commitments for the 21st century. *The Counseling Psychologist*, 28(6), 733-763.
- Rooney, B. L., & Murray, D. M. (1996). A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Education & Behavior*, 23(1), 48-64.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monograph*, 2, 35-86.
- Rutter, D., & Quine, L. (2002). *Changing health behaviour*. Buckingham : Open University Press.
- Sarafino, E. P. (1990). *Health psychology*. New-York: Wiley.