Document généré le 16 juil. 2025 17:26

Drogues, santé et société

L'éducation « *drug positive* » pour réduire la stigmatisation et améliorer la santé

Jean-Sébastien Fallu, Ph. D.

Volume 22, numéro 2, décembre 2024

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1115691ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1115691ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8839 (imprimé)
1703-8847 (numérique)

Découvrir la revue

Citer ce document

Fallu, J.-S. (2024). L'éducation « *drug positive* » pour réduire la stigmatisation et améliorer la santé. *Drogues, santé et société*, *22*(2), 1–7. https://doi.org/10.7202/1115691ar

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, 2024

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Éditorial

L'éducation « *drug positive* » pour réduire la stigmatisation et améliorer la santé

NOTE DE LA RÉDACTION

Cet éditorial ne reflète pas nécessairement l'opinion de toutes les personnes membres du comité de rédaction et n'engage en rien la responsabilité de celles-ci.

La prévention en dépendances ou en addictologie doit évoluer plus rapidement qu'elle ne le fait actuellement afin d'embrasser pleinement les principes de base du développement humain, de la santé publique et des sciences didactiques. Elle doit non seulement suivre ce qu'il est convenu d'appeler les meilleures pratiques, mais aussi prendre pleinement acte des connaissances scientifiques de tous les domaines et surtout, être guidée par des principes de justice sociale, d'équité, de diversité, d'inclusion et de santé publique, ce qui signifie d'éviter les contenus partiels, partiaux ou stigmatisants et d'adopter une approche d'éducation « *drug positive* ».

Le concept de prévention est apparu au début du 20e siècle à travers le courant de l'hygiène publique, dans le but de contrer le développement des maladies physiques au sein de la population bien portante. Il faudra cependant attendre les années 1960 pour en voir l'application dans les domaines de la santé mentale et des troubles du comportement (Brisson, 2014). La prévention en dépendances ou addictologie a d'abord été centrée autour de la réduction de l'offre et de la demande pour ensuite incorporer la promotion de la santé et plus récemment, la réduction des risques et des méfaits (Brisson, 2014).

Davantage guidée par le sens commun, l'idéologie et l'intuition dans sa première phase, la prévention a évolué vers des actions fondées sur la théorie pour finalement s'ancrer dans une troisième phase fondée sur les données empiriques (Midford, 2008). Dans tous les cas, mais davantage dans la première phase, la prévention repose trop souvent sur des notions simplistes, des impératifs moraux et politiques et sur la promotion ou le marketing plutôt que sur la science (Midford, 2008).

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 22, nº 2, décembre 2024

Heureusement, la prévention a évolué depuis ! Une évolution autant nécessaire que souhaitable a permis de passer des « *This is Your Brain on Drugs* », des « *Just Say No* » et autres messages du genre à des programmes tels que DARE (Lynam et al., 1999) et, plus tard, *Life Skills Training* (Botvin, 1979-2000), *Strengthening Families* (Kumpfer et al., 2010), *Project Toward No Drug Abuse* (Rohrbach et al., 2010) ou *School Health and Alcohol Harm Reduction Project* (McBride et al., 2004). Ce faisant, les pratiques préventives sont passées de fondements souvent moraux à une approche cognitivo-comportementale incorporant, dans une certaine mesure, l'approche de réduction des risques et des méfaits. Cette évolution de la prévention a été particulièrement observée dans les pratiques au Québec où les contenus inspirés de programmes majoritairement états-uniens sont plus nuancés et incorporent l'approche de réduction des risques et des méfaits (Fallu et al., 2021). Notons aussi les actions globales et concertées, du type École en santé (Désy, 2009 ; Martin et al., 2005) ou *Communities That Care* (Kuklinski et al., 2021), qui visent le développement positif des jeunes en travaillant sur des facteurs génériques, dans une approche de promotion de la santé.

N'empêche, l'efficacité des programmes de prévention est généralement limitée, surtout s'il s'agit d'empêcher ou de réduire l'usage de substance. En effet, les meilleures pratiques et les programmes ont des effets généralement positifs, mais souvent modestes. De courte durée, les effets observés concernent surtout les connaissances et dans une moindre mesure, les attitudes et les comportements. En outre, principalement en prévention universelle et ciblée-sélective, mais même dans les initiatives de prévention ciblée-indiquée visant la réduction de l'usage, les consommateurs, particulièrement les consommateurs expérimentés, bénéficient généralement peu de ces interventions. Même chose pour les politiques de prévention. La situation actuelle du vapotage chez les jeunes renforce cette idée que les efforts de prévention peinent à atteindre leurs objectifs.

Cette efficacité limitée a donné lieu à des réflexions proposant quelques hypothèses explicatives (Ashton, 2004). D'abord, il semble y avoir une contradiction entre l'éducation basée sur des principes didactiques fondamentaux qui présente aux jeunes des faits exhaustifs et objectifs sur les sujets enseignés afin de développer une liberté de pensée, et la prévention qui, sous le couvert d'une pseudo-objectivité, tente souvent d'imposer une idée toute faite. Aussi, la prévention cherche souvent à augmenter l'autonomie dans la prise de décision tout en limitant implicitement l'autonomie dans le choix d'amis (éviter les personnes qui consomment), en encourageant la conformité aux valeurs de non-consommation et en décourageant la conformité aux pairs consommateurs. Tout cela n'est d'ailleurs pas sans générer de la stigmatisation, intentionnellement ou non. De plus, dans le système scolaire, on vise à développer le travail d'équipe et la solidarité sociale sans pour autant accepter que les jeunes puissent exprimer cela en fréquentant des pairs consommateurs. Enfin, une autre hypothèse est que les interventions préventives visant les mineurs n'incorporent que rarement des objectifs et des contenus de réduction des risques et des méfaits à part entière.

Outre son efficacité limitée, la prévention peut également engendrer des effets contraires à ceux recherchés. Certes, l'application des principes des meilleures pratiques (Gruner Gandhi et al., 2007 ; Laventure et al., 2010 ; Martin et al., 2005 ; Soole et al., 2008 ; Whitaker, 2001) permet de réduire la probabilité que ces effets iatrogènes s'avèrent, mais il n'en demeure pas moins que plusieurs interventions en prévention, avec des messages et des formats souvent uniques ou orientés, continuent de s'inscrire en incohérence avec le vécu des jeunes, surtout ceux qui consomment sans problème, et stigmatisent parfois les consommateurs, directement ou indirectement. Sachant à quel point cette stigmatisation est nocive et représente une cause fondamentale d'inégalités sociales de santé (Hatzenbuehler et al., 2013), il semble y avoir beaucoup de place à l'amélioration. Mais comment pouvons-nous faire mieux au juste ?

Éducation « *drug positive* »

Dans ce contexte, n'est-il pas temps de suivre les appels de plus en plus nombreux et insistants pour une éducation « *drug positive* » ? Après une évolution initiale semblable à celle de la prévention en dépendances dans le domaine de l'éducation à la santé sexuelle, à quand une réelle éducation à la santé des consommations ? Quand allons-nous faire corps avec la réalité que la consommation de substances psychoactives fait partie de l'expérience humaine au même titre que la sexualité, même à l'adolescence ? Quand la prévention va-t-elle aborder les usages non « problématiques » et les bienfaits de la consommation, s'éloigner des approches de persuasion et éviter de miser sur des approches et des contenus qui ne sont ni cohérents ni en phase avec l'expérience des jeunes ?

À l'instar de l'éducation à la sexualité, qui est passée en un siècle au Québec du même type de craintes et d'interventions fondées sur les peurs — avec notamment des curés qui défilaient dans les écoles avec des images d'organes génitaux infectés par la gonorrhée pour « montrer » aux jeunes les dangers de la sexualité — à un programme national d'éducation à la sexualité obligatoire et sous la gouverne du ministère de l'Éducation, ne faudrait-il opter pour une approche positive en matière d'éducation aux drogues ? Depuis 2018, non seulement les infections transmissibles sexuellement et par le sang et les grossesses non désirées sont en effet abordées en classe, mais les questions de diversité, de plaisir et de consentement le sont également, dans une approche qu'il est convenu d'appeler « s*ex positive education* » avec des résultats positifs sur la culture, le bien-être et la santé des jeunes (Kantor et al., 2021 ; Proulx et al., 2019). Ne faudrait-il pas suivre la même trajectoire avec l'éducation aux drogues ?

Avec les remises en question et la transformation des approches sociopolitiques, incluant la promotion d'usages thérapeutiques ou la décriminalisation et la légalisation de plusieurs substances psychoactives, les attitudes sociales à propos de la consommation changent et doivent continuer de changer. Plusieurs personnes concernées, intervenants et chercheurs critiquent non seulement les approches préventives, mais aussi la réduction des risques et des méfaits, car elle semble ne se centrer que sur les aspects négatifs de l'usage de substances (les risques et les méfaits) alors qu'il devrait s'agir non seulement d'une approche visant à promouvoir des usages

plus sécuritaires, mais aussi à promouvoir le plaisir et la poursuite du bonheur. Il existe encore une posture normative à l'effet que l'usage de drogue ne peut occasionner que des dommages et qu'il ne peut pas participer à cette poursuite du bonheur. Pourtant, de 70 % à 85 % des usages sont considérés non « problématiques » et plusieurs personnes considèrent leur usage bénéfique pour la socialisation, la relaxation, l'énergie, les effets thérapeutiques (Anthony et al., 1994 ; Rappo et Stock, 2020). Une éducation « *drug positive* », en plus de miser sur les méthodes des pratiques de réduction des risques et des méfaits, incorporerait et s'en tiendrait à ces faits. Comme pour l'éducation sexuelle, une éducation « *drug positive* » aurait comme message clé que l'usage de drogues n'est pas un problème en soi si cette consommation n'entrave pas le fonctionnement de l'individu. Comme l'éducation sexuelle ne fait pas la promotion des pratiques sexuelles, ce type d'éducation ne promeut pas l'usage de drogues, mais contribue plutôt à prévenir les risques, les méfaits et les dommages causés par la mésinformation et la stigmatisation de l'usage de drogues.

Bien sûr, des approches préventives complémentaires sont nécessaires. Il faut aussi pouvoir miser sur des politiques, des environnements favorables et sur les déterminants sociaux qui favorisent la santé et réduisent la consommation « problématique » et le besoin de recourir aux substances pour performer, s'autoréguler, socialiser ou se conformer. Cependant, il est important de demeurer réaliste. Même à une époque où la société stigmatisait encore davantage les drogues, l'alcool jouissait d'une grande popularité, même chez les jeunes. Même dans une société épanouie, éduquée, sans pauvreté, il y aura toujours des consommations, y compris chez les jeunes et les mineurs. Il est plus que temps d'en prendre acte, de « faire avec » et d'outiller les individus qui feront ce choix pour que la consommation de substances, socialement acceptées ou non, ne les rende pas indûment à risque de stigmatisation, de marginalisation et de problèmes comme cela arrive trop souvent avec des interventions et un déficit d'éducation qui finissent par isoler, réduire les demandes d'aide et coûter des vies.

On pourrait rétorquer que les bonnes pratiques prescrivent de ne pas aborder directement les substances dans le contenu des interventions avec les plus jeunes (élèves du primaire), de s'en tenir à répondre succinctement à leurs questions, ou encore qu'il est préférable d'aborder prudemment et progressivement les substances avec les jeunes du secondaire, en phase avec leur développement cognitif, affectif et social, et de privilégier une intervention sur les facteurs de risque et les déficits dans les compétences personnelles et sociales qui sous-tendent la consommation. Cependant, cette idée reçue est partiellement questionnable et infondée.

Elle est questionnable, parce qu'on peut évidemment faire de la prévention en travaillant sur les facteurs de risque et en abordant le sujet de manière progressive. Cependant, pour tous les types de prévention, ne pas parler ouvertement des substances, ou en parler au compte-gouttes contribue à en faire un sujet tabou. Pour les jeunes qui vivent des expériences ou qui se posent plusieurs questions à ce sujet, éviter d'aborder le sujet directement n'est pas en phase avec leur développement. De plus, en insistant sur les risques, et en les exagérant, tout en évitant de discuter de tous les types d'usage, y compris ceux non « problématiques », voire bénéfiques, on empêche la normalisation, on limite les stratégies de réduction des risques et des méfaits. On nuit ainsi aux

apprentissages essentiels à la déstigmatisation et la consommation sécuritaire des drogues. En voulant éviter d'aborder certains contenus ou en ne les abordant que du point de vue négatif, on augmente les risques de conséquences pour celles et ceux qui s'aventureront dans l'expérimentation à l'aveugle alors que plusieurs connaissances en matière d'usage sécuritaire existent.

On peut aussi affirmer que cette idée est non fondée parce qu'elle n'est pas soutenue par les données empiriques. En effet, dans une étude classique comparant les résultats des programmes efficaces de prévention en milieu scolaire au niveau primaire, il y avait autant de programmes efficaces qui abordaient explicitement les substances que de programmes qui ne le faisaient pas, et ce, même pour les programmes mis en œuvre chez les plus jeunes (1ère à 3e année) (Hopfer et al., 2010).

Reste alors la question de savoir plus précisément quels sujets et quels contenus aborder à quel âge et comment, en fonction des stades développementaux. Ici aussi, s'inspirer de l'éducation sexuelle est une voie à suivre : présenter des concepts et des contenus généraux incluant des compétences relationnelles, affirmatives en bas âge et progressivement plus explicites à mesure que les jeunes s'approchent d'expériences typiques de leur âge. Mais il ne faut pas éviter ce sujet et d'autres pourtant nécessaires, qui heurtent nos valeurs a priori. Cela demeure une question à laquelle la recherche théorique et empirique devra s'affairer à répondre. Or, les connaissances actuelles nous permettent déjà certaines avancées en ce sens pour opérer un changement d'approche.

Avec un vent de face actuellement féroce, que ce soit pour la réduction des risques, des dommages et des méfaits, la décriminalisation, les services de consommation supervisée, les risques de reculs sont importants. Les conséquences pour la santé individuelle et populationnelle sont majeures. Raison de plus pour aller de l'avant avec détermination. C'est bel et bien de justice sociale et de vies dont il est question.

Jean-Sébastien Fallu, Ph. D.

Professeur agrégé, École de psychoéducation, Université de Montréal

Chercheur régulier, Institut universitaire sur les dépendances (IUD),
Centre de recherche en santé publique (CReSP),
Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ)

Rédacteur en chef et directeur, Drogues, santé et société

Références

Anthony, J.C., Warner, L.A. et Kessler, R.C. (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 2*(3), 244-268. https://doi.org/10.1037/1064-1297.2.3.244

Ashton, M. (2004). Confident kids… like to party. *Drug and Alcohol Findings, 11*.

Botvin, G.J. (1979-2000). *Life Skills Training Program*. Princeton Health Press.

Brisson, P. (2014). *Prévention des toxicomanies. Aspects théoriques et méthodologiques. 2e édition, revue et augmentée.* Presses de l'Université de Montréal.

Désy, M. (2009). *L'École en santé. Recension des écrits*. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Fallu, J.-S., Ferguson, Y., D'Arcy Dubois, L., Benhadj, L. et Brière, F.N. (2021). *Recension des écrits sur les pratiques de prévention ciblée de la consommation problématique de substances psychoactives chez les jeunes en difficulté hébergés en institution*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche. Institut universitaire sur les dépendances.

Gruner Gandhi, A., Murphy-Graham, E., Petrosino, A., Schwartz-Chrismer, S. et Weiss, C.H. (2007). School-Based Drug Abuse Prevention Programs. *Evaluation Review*, *31*, 43-74.

Hatzenbuehler, M.L., Phelan, J.C. et Link, B.G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health, 103*(5), 813–821. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069

Hopfer, S., Shin, Y., Davis, D., Elek, E., Kam, J.A. et Hecht, M.L. (2010). A Review of Elementary School-Based Substance Use Prevention Programs: Identifying Program Attributes. *Journal of Drug Education, 40*(1), 11-36. https://doi.org/10.2190/DE.40.1.b

Kantor, L.M., Lindberg, L.D., Tashkandi, Y., Hirsch, J.S. et Santelli, J.S. (2021). Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education. *Journal of Adolescent Health, 68*(1), 7-8. https://doi:10.1016/j.jadohealth.2020.07.036.

Kuklinski, M.R., Oesterle, S., Briney, J.S. et Hawkins, D. (2021). Long-term Impacts and Benefit–Cost Analysis of the Communities That Care Prevention System at Age 23, 12 Years After Baseline. *Prevention Science, 22*, 452–463. https://doi.org/10.1007/s11121-021-01218-7

Kumpfer, K.L., Whiteside, H.O., Greene, J.A. et Allen, K.C. (2010). Effectiveness outcomes of four age versions of the Strengthening Families Program in statewide field sites. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 14*(3), 211–229. https://doi.org/10.1037/a0020602

Laventure, M., Boisvert, K. et Besnard, T. (2010). Programmes de prévention universelle et ciblée de la toxicomanie à l'adolescence : recension des facteurs prédictifs de l'efficacité. *Drogues, santé et société, 9,* 121-164. https://doi.org/10.7202/044871ar

Lynam, D.R., Milich, R., Zimmerman, R., Novak, S.P., Logan, T.K., Martin, C., Leukefeld, C. et Clayton R. (1999). Project DARE: No Effects at 10-Year Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4): 590–593. https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.4.590

Martin, C., Arcand, L. et Rodrigue, Y. (2005). École en santé *: Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires, pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

McBride, N., Farringdon, F., Midford, R., Meuleners, L. et Phillips, M. (2004). Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction, 99*(3), 278–291. https://doi.org/ 10.1111/j.1360-0443.2003.00620.x

Midford, R. (2008), Preventing Youth Substance Abuse: Science-Based Programs for Children and Adolescents, Patrick Tolan, Jose Szapocnik et Soledad Sambrano (Eds). *Drug and Alcohol Review, 27*, 575-576. https://doi.org/10.1080/09595230802089966

Midford, R., Cahill, H., Foxcroft, D. et al. (2012). Drug Education in Victorian Schools (DEVS): The Study Protocol for a Harm Reduction Focused School Drug Education Trial. *BMC Public Health, 12*(1): 112–112. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-112

Proulx, C.N., Coulter, R.W.S., Egan, J E., Matthews, D.D. et Mair, C. (2019). Associations of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning-Inclusive Sex Education With Mental Health Outcomes and School-Based Victimization in U.S. High School Students. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine, 64*(5), 608–614. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.012

Rappo, J.-J. et Stock, N. (2020). La consommation non problématique : un concept pour restaurer le pouvoir d'agir en résidentiel. *Dépendances, 67*, p.6-9.

Rohrbach, L.A., Sun, P. et Sussman, S. (2010). One-year follow-up evaluation of the Project Towards No Drug Abuse (TND) dissemination trial. *Preventive Medicine, 51*, 313-319. https://doi.org/ 10.1016/j.ypmed.2010.07.016

Soole, D.W., Mazerolle, L. et Rombouts, S. (2008). School-Based Drug Prevention Programs: A Review of What Works. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, *41*(2), 259-286. https://doi.org/10.1375/acri.41.2.259

Whitaker, L. (2001). Substance abuse prevention: What works and what doesn't. *The Robert Wood Johnson Foundation Quarterly Newsletter, 2*, 1-2.