

Peut-on évaluer l'efficacité des interventions préventives ?

Ici quelques expériences italiennes

I - ÉTAT DES LIEUX DES DÉPENDANCES PATHOLOGIQUES

Les dépendances pathologiques, dont les états d'abus de drogues légales et illégales, sont comptées parmi les représentations épidémiologiques les plus massives, et parmi les formes de souffrance qui dévastent davantage l'individu et sa famille. Au sein du groupe social de cet individu et de la collectivité, leurs conséquences sont énormes en termes de pathologies transmissibles et de sécurité communautaire, sans oublier les dommages économiques dus à la diminution de la productivité et aux coûts de leur prise en charge.

D'après leur étiologie, les dépendances pathologiques sont dues à des causes multiples, leur manifestation se caractérise par des facteurs multiples, et les besoins ont aussi des facettes multiples. Ce sont donc des phénomènes très complexes et qui impliquent, par leur caractère invasif, tous les aspects de la personne et de son groupe social. Ils sont de longue durée et ont une évolution vers la chronicité.

Umberto Nizzoli
Psychologue,
Psychothérapeute
ITALIE

Umberto Nizzoli, Psychologue, psychothérapeute. Établissement d'Unité Sanitaire locale de la région d'Emilia : Programme pour la Santé Mentale et pour la Dépendance Pathologique, Directeur.

Université de Padoue, Faculté de psychologie : psychologie de Sviluppo, Professeur.

Université de Modène, Faculté de Médecine : École spécialisée de neuropsychiatrie infantile, Clinique psychologique et psychodiagnostique, Docente.

ERIT-Italia, Président honoraire, Conseiller technique et Membre.

« Personalità/Dipendenze », revue trimestrielle, Mucchi éditeur, Directeur.

Il est paradoxal d'assister, dans des sociétés qui appellent des unités de main-d'œuvre de l'extérieur, à cet énorme gâchis en main-d'œuvre locale. Sans compter le désarroi dont souffrent les familles de ces jeunes toxicomanes et les adultes en général... Ces dépressions sont aussi cause d'une perte de motivation de vie et d'un dépérissement de notre société.

Les situations d'abus de substances dépendent, par voie de simplification, de sources de stress et de détresse (dépression, anxiété, troubles de l'estime de soi, hospitalisations précoces et de longue durée, séparations et divorces, échecs scolaires et/ou professionnels réitérés, refus de son corps et/ou de sa personne, isolement, misère morale, harcèlement et renvoi du travailleur, tension émotionnelle excessive, compétitivité spasmodique, trouble mental), et de comportements hédonistes (recherche des apparences, besoin de performances, hyper-excitation sexuelle, divertissement massif, activité physique excessive ou extraordinairement performante).

“Les situations d’abus de substances dépendent de sources de stress et de détresse mais aussi de comportements hédonistes”

Les individus n'aboutissent toujours pas à des situations de dépendance pathologique. Ces situations sont déterminées par des facteurs d'ordre biologique (génétiques, neuro-endocriniens, psycho-immunologiques) et mental (troubles de personnalité, psychopathologie), sans oublier les circonstances (le groupe, le milieu ambiant, la situation spécifique) et l'effet exercé par les substances (type, quantité et pureté de la drogue, fréquence des prises, usage combiné). L'association de ces différents facteurs est cruciale : il ne faut pas oublier que la drogue, à elle seule, n'est pas suffisante pour déterminer une dépendance pathologique. Ce constat est fondamental car il légitime l'instance d'une action au niveau social (et institutionnel) qui soit faite parallèlement sur le front de l'offre (par la réduction de sa diffusion légale et illégale) et de la demande (par la prévention de l'achat de drogue légale ou illégale).

Evidemment les jeunes ont besoin d'expérimenter pour passer à l'âge adulte. Le risque est une caractéristique foncière du goût du jeu et de la croissance. D'ailleurs, trop cajoler ou hyper-protéger, pourrait suffoquer le désir de croissance chez les jeunes. Il s'agit alors d'établir, avec eux, l'harmonie entre les enjeux de la croissance et les certitudes, à l'intérieur et à l'extérieur, dans la sphère émotionnelle et sociale.

Des études longitudinales ont permis d'identifier les situations à risque qui favorisent (attention, sans provoquer !) les débuts d'une histoire de dépendance. L'on connaît les facteurs qui augmentent la possibilité d'être victime d'une dépendance pathologique ; l'on connaît aussi les facteurs qui protègent (donc qui réduisent) cette possibilité.

Or, nombreux sont les facteurs, favorisants ou inhibiteurs, qui trouvent leur origine dans des conditions sociales spécifiques : isolement, abandon, échec, stigmatisation, dépression, hyper-sollicitation. Il faut intervenir sur ces facteurs par la régulation des processus réels de la société. Souvent ces facteurs sont liés au niveau de cohésion sociale. S'il est donc faux de dire que lorsque la cohésion sociale est bonne, il n'y a pas de dépendances pathologiques, il est cependant correct d'affirmer que celles-ci sont fréquentes là où la cohésion sociale est insuffisante.

Les méfaits de l'abus de drogues (légal et illégal) sont énormes. L'Organisation Mondiale de la Santé signale qu'environ un cinquième de la dépense sanitaire totale est imputable aux conséquences dues aux conduites d'abus. L'impact provoqué par l'alourdissement des coûts sociaux enregistre des taux encore plus élevés.

Le nombre de ceux qui font abus de drogues est très élevé parmi les assistés des services de Psychiatrie ou des services sociaux, ou parmi ceux qui recourent à maintes reprises aux services de médecine d'urgence.

Les dommages en termes de perte de qualité de vie et de perte de productivité, ou bien en termes de perte de vies, d'invalidité et de recours aux soins et médicaments, sont impressionnants.

Les dégâts causés en termes d'insécurité communautaire sont inestimables, et les dommages matériels causés aux victimes sont difficilement calculables. La dépense pour le fonctionnement du système de justice et de détention s'établit à plusieurs milliards d'euros.

Les drogues (alcool, tabagisme, opiacés, amphétamines, ecstasy, cocaïne, hallucinogènes, abus de médicaments psychotropes) ont donc un impact énorme sur le bien-être individuel et collectif. Si cet impact était traduit en argent (pourvu que l'argent puisse remplacer le bonheur ou la sécurité perdus), le chiffre serait impressionnant.

II - INTRODUIRE L'ÉVALUATION DANS LE DOMAINE DE LA PRÉVENTION

Une nécessité

L'Établissement de Santé (Azienda Sanitaria), par l'intermédiaire de ses professionnels, organise directement ou participe indirectement à des centaines d'actions de prévention chaque année. Ces actions sont souvent axées sur les thèmes de l'adolescence, des jeunes, et sur les conduites à risque ainsi que sur l'abus de substances. Certes, nous avons constamment à l'esprit la nécessité de perfectionner nos actions.

Pourquoi donc vouloir les évaluer ?

À l'heure actuelle, la prévention est devenue une priorité dans le monde entier, peut-être à cause du peu d'efficacité que les soins ou la répression ont montré vis-à-vis de la prolifération des conduites à risque. Et cependant, rares sont les cas où l'action menée ait été mesurée et apprécié dans sa valeur.

Après le constat de l'OMS, selon lequel la contribution apportée par les services de santé n'est pas exclusivement à l'avantage d'autrui, et depuis que l'on signale que les causes de maladie et de mort dues aux pathologies plus diffuses sont liées aux modes de vie des individus, des démarches pour recruter tous les acteurs co-responsables dans les actions de santé ont été engagées : de véritables accords pour la santé ont été passés.

Il s'agit d'accroître l'empowerment de notre population afin qu'elle puisse gérer sa santé et adopter des modes de vie saine. Dans cette optique, les services sont assignés à des tâches qui sont principalement de soutien à la promotion de la santé.

Mais, aussi au point de vue conceptuel, il faut séparer la promotion de la santé et sa prévention. La promotion de la santé est une fonction réservée aux acteurs sociaux, auxquels les services fourniront le soutien technique nécessaire, sans empiéter sur la faculté des individus et de leurs organisations sociales.

En revanche, la prévention est une fonction que les professionnels des services doivent accomplir selon les critères de la compétence et du contrôle.

La prévention chez l'adolescent est un problème complexe et à facettes multiples. L'histoire de cette prévention est courte, elle n'a que quarante ans à son actif. Et cependant, l'intérêt et l'étude du problème, dans ses racines, sont antérieurs. Vers la fin des années 60, il devint nécessaire d'élaborer les premiers programmes de prévention, pour endiguer l'expansion du phénomène de la toxicomanie. L'on pensait, à l'origine, que les programmes de prévention allaient combler les lacunes dans l'information scientifique des jeunes (et non seulement de ceux-ci). Cette action fut ensuite discréditée à cause de ses résultats qui étaient nettement insuffisants au point de vue de la qualité et de la quantité (et qui pouvaient aussi conduire à des comportements de risque, c'est-à-dire à des effets diamétralement opposés) et des nouvelles exigences qu'il fallait considérer. En effet, a-t-on conclu, des programmes de prévention qui se veulent efficaces doivent considérer plusieurs facteurs, du milieu ambiant et social, et du comportement, qu'il était impossible de reconduire exclusivement aux substances ou aux conduites de risque. Il en découlait donc que la prévention à l'aide de l'information était une action insuffisante. Les programmes de prévention ont donc évolué grâce à l'introduction de la notion de prévention sous forme d'éducation, avec des projets de longue durée, répondant aux nécessités de chacune des phases de la croissance et s'adressant à un public plus "large" (prévention primaire) ou à une population à risque plus ciblée (prévention secondaire et tertiaire), où l'action, bien au-delà d'une simple information, permet aussi de former de nouvelles compétences chez l'individu et dans son entourage.

Introduire aussi l'évaluation dans le domaine de la prévention permet, d'un côté, d'adhérer à cette approche qui a déjà fait ses preuves dans d'autres domaines et disciplines, et de l'autre, de s'affranchir de la contrainte de l'improvisation et de l'urgence. En effet, l'évaluation, en tant que méthode scientifique, soumet toute action de prévention à des vérifications qui sont plus approfondies, avec une meilleure prise de conscience et une démarche plus concrète.

Il reste à considérer si l'évaluation est à même d'apprécier (c'est-à-dire de déterminer la valeur, donc de mesurer) les activités de la prévention, qui sont à varia-

“Les professionnels anxieux, hésitants, immotivés, tenteront de se soustraire à toute activité d'évaluation”

bles multiples, différenciées et nuancées. En effet, ces variables pourraient obliger à sacrifier excessivement l'aspect de la qualité et aussi, contrairement à nos intentions, nous empêcher d'évaluer notre action.

De toute façon, l'évaluation des actions de prévention est une garantie de transparence des objectifs, des méthodes et des résultats, et donc elle permet d'assurer les acteurs sociaux, directement ou indirectement impliqués, du sérieux et de la valeur des procédures engagées. Il faut assurer les usagers du mérite de ces initiatives, ainsi que les promoteurs et les contribuables, car cela vaut la peine, et les professionnels, car ils font un travail qui est bien fait. En effet, ces professionnels s'intéressent à l'évaluation de leur travail car ils veulent apprendre aussi à partir de leurs erreurs, ils veulent se perfectionner, ils sont fiers de leur travail. Des professionnels anxieux, hésitants, immotivés, vont se soustraire à toute activité d'évaluation. Il est désormais clair que l'évaluation est un outil à utiliser pour faire, dans nos services, une politique de la qualité et de l'amélioration continue.

D'ailleurs, comment accréditer la qualité de nos services, ou la certifier selon Vision 2000, sans appliquer, et d'une façon systématique, l'évaluation de l'intervention?

Un tableau cohérent reste toutefois assez improbable à cause du nombre exigu d'expériences d'évaluation découlant d'un corpus, qui est en revanche assez important, de projets et d'études sur la prévention des conduites à risque chez les jeunes. En Italie, l'on ressent tout particulièrement du manque d'un modèle de travail partagé à l'échelle de l'évaluation de projets de prévention dans ce domaine.

III - MISE EN ŒUVRE DE L'ÉVALUATION

L'évaluation se fait « ex-ante » : c'est dans la phase de planification des activités, avec la définition des objectifs stratégiques différents dans leurs complexité et valeur, que des indications à suivre dans l'organisation du travail sont dictées. Ensuite, dans la phase d'élaboration du projet, le contexte est évalué et la demande de l'utilisateur, ou les besoins de la population-cible, sont identifiés, ainsi que la structure du projet, selon des critères de forme et de fond .

Ensuite l'on mène à exécution le projet, « in itinere », avec l'évaluation de l'impact, là où l'on veut prévoir les effets de l'intervention préventive, au moyen de l'identification des facteurs qui interviennent dans la prise de décision. L'évaluation du processus permet de contrôler si l'orientation est correcte.

Ensuite, c'est ce qui vient "après", c'est-à-dire l'évaluation de l'outcome qui est la représentation des résultats obtenus sur les individus et sur les groupes, après l'administration des services. Dans le domaine de la prévention des conduites à risque, cette vérification découle soit de l'étude, à long et à moyen terme, des changements qui se sont produits dans un groupe déterminé, soit d'une collecte continue de données à partir d'échantillons différents mais cohérents.

L'évaluation de la satisfaction de l'utilisateur (client, famille, justice, Santé Publique, etc...), dont il faut connaître a priori les exigences explicites et implicites, est un chapitre essentiel.

“L'évaluation de la satisfaction de l'utilisateur est un chapitre essentiel”

Un accord passé avec l'Académie des Études, consentira à notre Établissement de Santé de développer un projet d'évaluation de l'efficacité d'un modèle de prévention de la transmission par voie sexuelle du VIH parmi les jeunes, où des enseignants spécialement formés vont assurer une mise en contexte en considération des problèmes sociaux et culturels.

L'évaluation de ce projet permettra aussi de comparer les résultats obtenus par les enseignants (groupe expérimental) avec les résultats obtenus par un expert qui provient de l'extérieur (groupe témoin). La prévention confiée aux enseignants a déjà été évaluée de façon positive, grâce à son apport en termes de connaissances et de modification favorable des attitudes.

Mais le but de cette recherche consiste à évaluer l'efficacité du modèle aussi au point de vue de la réduction des comportements sexuels à risque.

Tout d'abord, le projet prévoit la formation des enseignants. Ensuite, les trois phases d'administration du questionnaire : la première ex-ante, la deuxième six mois après l'intervention, la troisième pour une étude de suivi 18 mois après l'intervention...

Le projet inclut la participation d'enseignants et d'étudiants de 20 classes de collège moderne : 5 d'enseignement technique, 10 lycées et 5 de formation professionnelle. Les étudiants qui ont participé à l'intervention de prévention ont un âge moyen de 16 ans et 60% sont de sexe féminin. Voici une synthèse des données plus significatives que le questionnaire a permis de rassembler lors des trois différentes phases de consultation.

Les enseignants formés dans le cadre de ce projet, ont été une ressource précieuse pour la prévention VIH dans la population scolaire, en termes d'acquisition de connaissances sur :

- les modes de transmission du virus,
- l'évaluation du risque au niveau des comportements,
- les précautions à prendre dans la vie sexuelle pour éviter l'infection,
- les modes d'accès au test VIH.

L'intervention des enseignants a aussi permis de maintenir, ou d'améliorer, les résultats de la prévention lors du suivi.

L'étude de suivi permet de finaliser quelques côtés faibles qui avaient été signalés lors de la première phase d'évaluation après l'administration du questionnaire, en ce qui concerne :

- les modes de développement du SIDA, du stade de la contamination jusqu'à la maladie,
- les attitudes à l'égard des sujets séropositifs ou infectés.

La contribution des enseignants a représenté une ressource encore plus précieuse que le travail de l'expert à l'égard de :

- l'augmentation de la perception du risque VIH lors de rapports sexuels et la connaissance du préservatif,
- la facilitation et prise de conscience dans l'usage du préservatif.

Aussi le comportement se modifie-t-il de façon favorable grâce à l'intervention continue de l'enseignant plutôt qu'après une rencontre occasionnelle avec un expert.

Dans les établissements de formation professionnelle, les ressources apportées par le corps enseignant doivent encore s'enrichir de connaissances plus spécifiques sur la prévention VIH :

- plus de clarté sur les moyens de non-transmission du virus,
- évaluation des comportements sans risque,
- plus d'attention à ne pas surestimer le risque d'infection dans les rapports à bas niveau de risque.

Les garçons ont été moins sensibles à l'intervention, en termes de connaissances et de comportement vis-à-vis des jeunes filles.

Cette tendance est rapportée dans les deux groupes : expérimental et témoin.

BIBLIOGRAPHIE

Amadei P., Bonacini, Nizzoli U. : Tentato suicidio in adolescenza, Personalità/Dipendenze, vol.6, fascicolo III, Mucchi Editore, Modena, dicembre 2000.

Amadei P., Nizzoli U. : Studio comparativo di esperienze di prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale di Reggio Emilia, (sip), 2000.

Bell N.J., Bell R.W. : Adolescent risk taking, Sage, London, 1993.

Catellani C. : Droghe e comportamenti a rischio Comune di Re 1999, Litografia Abbiatense, Milano, 2000.

Choquet M., Ledoux S., Menke H. : La santé des adolescentes, Doc. Francaise, Parigi, 1988, vol 1.

Clansen D., Brown B. : The multidimensionality of peer pressure in adolescence, Journal of Youth and Adolescence, n.14, 1983.

EDDRA : Un data base europeo dei migliori progetti di riduzione della domanda, Personalità/Dipendenze, vol.6, fascicolo III, Mucchi Editore, Modena, dicembre 2000.

Health Promotion Glossary O.M.S., traduzione in italiano in collaborazione tra AUSL di Reggio Emilia, Regione Emilia Romagna e Rete Regionale Emiliano Romagnola H.P.H, Ginevra, novembre 2000.

Le Linee Guida della prevenzione, Consulta degli Esperti delle tossicodipendenze, Azienda Sanitaria Locale di Reggio Emilia, (sip), 1999.

Marcelli D. e Braconnier A. : Adolescenza e Patologia, Masson, Milano, 1999.

Morel A., Prévenir les toxicomanies, Dunod, Parigi, 2000.

Nizzoli U. : Valutazione degli interventi con i tossicodipendenti, Editrice Verso l'Utopia, Ravenna, 2000.

Torres Hernandez M. : Definicion de riesgo entre jovenes espanoles, Valencia, in pres.

Ugolini P. e Giannotti F. : Valutazione e Prevenzione delle tossicodipendenze, Franco Angeli, Milano, 1998.