

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

82

Périodique trimestriel
Été 2018

Promotion de la santé et usages de drogues : quels enjeux à l'aube des réformes ?

Comment les médias voient le cannabis à l'adolescence

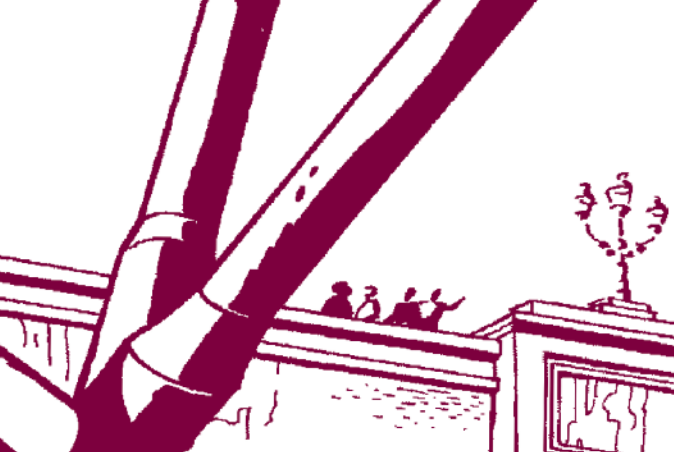
Audrey Arnoult

Pourquoi sommes-nous inégaux face aux risques liés
aux usages de drogues

Clémentine Stévenot

La parole aux Fédérations de la Promotion de la santé

**Chantal Leva,
Caroline Rasson,
Bruno Vankelegom**



RISQUES JEUNES CHOIX ÉCOLE ASSUÉTUDES SANTÉ FÊTE AL-
COOL ADDICTION...
GENCE JEU TAB...
EXPÉRIENCES S...
DE SOI PROHIBI...
NABIS PRÉVENT...
TOXICOMANIE F...
TUDES SANTÉ FÊ...
ÉDUCATION AD...
CONDUITES À RISQUE EXPÉRIENCES SOINS ABUS CONSOM-
MATION ENNUI ESTIME...
ÉDUCATION ADOLES-
I CONDUITES À RISQUE...
ATION ENNUI ESTIME...
DOSE INTERNET CAN-
UES BIEN-ÊTRE JOINTS...
CHOIX ÉCOLE ASSUÉ-
USAGES DANGER PEU...
PLAISIR PROTECTION...
GROUPE ECSTASY...
DANCE DRO-
QUES JEUNES...
ADDICTIONS...
GENCE JEU TA-
EXPÉRIENCES...
SOI PROHIBI-
S PRÉVENTION...
COMANIE FUTE



Prospective Jeunesse est un centre d'étude et de formation fondé en 1978. L'association est active dans le domaine de la prévention des méfaits liés aux usages de drogues, dans une optique de promotion de la santé.

Prospective Jeunesse

propose **trois** services :

- Formation et accompagnement de professionnels (seuls ou en équipe)
- Publication de la revue **Prospective Jeunesse**
- Entretiens individuels

Prospective Jeunesse a créé, avec **Infor-Drogues** et **Modus Vivendi**,

l'asbl **Eurotox**, relais en Communauté française de Belgique de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

www.eurotox.org

CONTACT 144 chaussée d'Ixelles, 1050 Bruxelles ■ 02 512 17 66
revue@prospective-jeunesse.be ■ www.prospective-jeunesse.be

Éditeur responsable

Pierre BALDEWYNS

Rédactrice en chef

Caroline SAAL

Comité d'accompagnement

Pierre BALDEWYNS, Christine BARRAS, Philippe BASTIN, Line BEAUCHESNE, Mathieu BIETLOT, Marc BUDO, Christian DE BOCK, Christel DEPIERREUX, Damien FAVRESSE, Sabine GILIS, Jean-Philippe HOGGE, Alexis JURDANT, Bernadette TAEYMANS, Patricia THIEBAUT, Jacques VAN RUSSELT

Support

Patricia BERNAERT, Marta CHYLINSKI, Véronique DE CARPENTRIE, Guilhem DE CROMBRUGGHE, Marie-Lyne FOISY, Nadia Mortiaux, Céline LANGENDRIES

Dessins

Jacques VAN RUSSELT

Correction orthographique

Alexandra COENRAETS

Les articles publiés reflètent les opinions de leur(s) auteur(s) mais pas nécessairement celles des responsables de « **Prospective Jeunesse – Drogues Santé Prévention** ». Ces articles peuvent être reproduits moyennant la citation des sources et l'envoi d'un exemplaire à la rédaction. Ni Prospective Jeunesse asbl, ni aucune personne agissant au nom de celle-ci n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations reprises dans cette publication.

Impression

Nuance 4, Naninne

Graphisme et mise en page

MEDIA
animation
communication & éducation



ISSN : 1370-6306

Jamais deux sans trois

En pleine préparation de ce numéro, j'ai assisté à une discussion visant à refaire le monde. L'objectif peinant à être atteint, les dissensions apparaissant entre les participants, ces derniers ont résolu le désaccord par une conclusion dont la pertinence réelle n'a d'égale que la redoutable banalité : « De toute façon, l'important, c'est l'éducation, l'information, l'esprit critique ». Face à la malbouffe, face à la délinquance, face à la pub et à l'hyperconsommation, face aux rapports sexuels non désirés, face au chômage, cette opinion est la carte joker par excellence, celle qui réconcilie toutes les divergences sur la gestion des problèmes. Agir en amont est une des idées les plus consensuelles de notre société.

Le secteur de la Promotion de la santé et sa philosophie incarnent cette idée : agir sur les facteurs déterminants de la santé, outiller et responsabiliser individuellement et collectivement, encourager à décoder le monde, à faire des choix, à exercer et à défendre des droits, pour lutter contre les inégalités sociales, contre leurs causes, contre leurs racines.

Et pourtant, pas de flots de subsides, mais un avenir incertain. En témoignent nos publications : Prospective Jeunesse réalise son troisième numéro en sept ans sur le devenir de la Promotion de la santé. Nous consacrons à l'hiver 2011 un numéro à la réforme (finalement avortée) de ce secteur, un suivant à l'annonce de la VI^e réforme de l'État, en 2014, et nous remettons aujourd'hui le sujet sur la table, alors que Bruxelles et la Wallonie avancent vers l'aboutissement de ces réformes. L'histoire de la PS, comme la surnomment les habitués, n'est pas celle d'un long fleuve tranquille. À chaque numéro, nous parlons de besoin de stabilité, de financement, d'approches à répandre.

Si nous saisissons ces moments charnières comme des opportunités d'engager le débat sur le rôle et les priorités de la Promotion de la santé, c'est parce que les évolutions autant que les stagnations du secteur sont des informations d'importance. Elles questionnent nos propres stratégies et priorités, mais aussi nous rappellent le contexte dans lequel la Promotion de la santé se déploie. Ces deux axes de réflexion traversent les différentes contributions à ce numéro. Nous investissons d'abord le terrain local. Par la voix des porte-paroles des fédérations wallonne et bruxelloise, le regard méthodologique de l'École de Santé publique et les enseignements des stratégies de politique publique et de celle des producteurs d'alcool, se dessinent les attentes politiques du secteur, ses défis et ses priorités. Ensuite, nous avons voulu nous concentrer sur l'historicité de la Promotion de la santé et sur les (f)acteurs avec lesquels elle doit composer. Nous tenions à inclure dans nos réflexions cet autre informateur puissant qu'est la presse écrite, conditionnant, on le sait, nos propres représentations et, par là, nos choix de solutions publiques. Enfin, les inégalités sociales de santé étant la cible du secteur, nous nous sommes intéressés plus spécifiquement à leurs interactions avec les usages de drogues à risque.

Caroline Saal
Rédactrice en chef

Éditorial	1
Caroline Saal	
Bruxelles, après l'appel à projet	2
Bruno Vankelegom et Caroline Rasson	
La Promotion de la santé en Wallonie En attendant Godot?	6
Interview de Chantal Leva	
Pourquoi sommes-nous inégaux face aux risques liés aux drogues?	9
Clémentine Stévenot	
Le Plan prévention et promotion de la santé en Wallonie Quelle prise en compte de la prévention des usages addictifs et de la réduction des risques?	14
Yves Coppieeters, Bénédicte Scheen	
Le cannabis à l'adolescence dans les médias français, transgression ou souffrance?	18
Audrey Arnoult	
Bibliographie : Promotion de la santé et enjeux actuels	24

Bruxelles, après l'appel à projet

> Bruno Vankelegom et Caroline Rasson, Fédération bruxelloise de la Promotion de la santé¹

À l'automne 2017, Prospective Jeunesse donnait carte blanche à la Fédération bruxelloise de la Promotion de la santé (FBPS) pour se présenter. Quelques mois plus tard, la voici en train de prendre ses marques face au nouveau décret. Nous nous sommes penchés sur ses revendications, sur sa perception du contexte politique actuel et de ses effets sur les acteurs de terrain.

La Promotion de la santé se joue dans la proximité, dans les quartiers, chez les gens. Bref, au niveau local.

La Promotion de la santé souffre de ne pas être connue et comprise de tous. Quelle stratégie envisagez-vous pour la valoriser ?

Bruno Vankelegom Les acteurs de la Promotion de la santé ont créé la Fédération pour se rassembler et travailler en cohérence. Nous nous rencontrons pour expliquer, débattre sur notre secteur. De la sorte, nous nous connaissons mieux les uns et les autres. Nous pouvons mieux expliquer ce que fait notre secteur et ce que chacune de ses parties porte. La Promotion de la santé, ce n'est pas une lubie de quelques asbl qui croient avoir de bonnes idées. C'est agir sur les déterminants de santé, sur les inégalités sociales de santé, avant l'appel au système de soins. La Promotion de la santé repose sur des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Nos stratégies de santé sont reconnues et évaluées. Leur efficacité est prouvée.

Caroline Rasson Nous voulons éclairer ce que nous faisons à l'échelle d'un territoire,

afin que le citoyen s'y retrouve, connecte avec ce qu'il côtoie. On veut montrer comment on peut améliorer la qualité de vie : dans l'école, dans l'alimentation... Tout un chacun peut être acteur de la Promotion de la santé. On travaille avec Bruxelles *Good-food*, on travaille avec des familles monoparentales, avec des CPAS pour faire des ateliers de littératie. Les actions peuvent relever d'une approche communautaire, certaines vont se centrer sur des quartiers... Elles concerneront tantôt le logement, tantôt l'enseignement, la petite enfance.

Aujourd'hui, les projets financés en Promotion de la santé à Bruxelles sont désormais connus. Quel premier bilan en tirez-vous ?

BV On peut se réjouir : nous avons désormais un dispositif clair. Le secteur de la Promotion de la santé sort ainsi d'une longue incertitude, de plusieurs années. Celle-ci a eu des effets dramatiques pour les acteurs de terrain : ne pas oser réengager, donner des préavis... Désormais, on sait qu'on part pour trois ans. Il faut maintenant réfléchir au fonctionnement de ce dispositif.

CR La Fédération avait rédigé un *memorandum* à l'intention du politique. Nous y

1. Interview réalisée le 3 mai 2018, par Caroline Saal.

écrivions que nous voulions une place réservée pour la Promotion de la santé. L'enveloppe a été augmentée, la Promotion de la santé est renforcée. En ce sens, nous avons été entendus. Le décret l'acte, mais on peut encore faire mieux, notamment en termes de moyens. La Fédération n'a pas encore eu l'occasion de débattre en assemblée générale de la proposition.

Sur quels besoins insistiez-vous dans le memorandum ?

CR Le citoyen a des besoins de base et il a le droit d'être entendu. Avoir un logement salubre, résoudre des problèmes de santé mentale, accéder à une insertion socioprofessionnelle nécessitent d'être informé sur les possibilités, voire d'être orienté, guidé. C'est pourquoi nous identifions la littératie en santé comme un enjeu important. Finalement, c'est aussi pouvoir éclairer la globalité de la personne, la complexité des situations, d'où tout l'intérêt de l'articulation avec des partenaires, notamment le secteur de la cohésion sociale, le secteur culturel.

Quelles sont les prochaines étapes ?

CR Après ce temps d'information, nous voulons recueillir la perception de chacun des membres de la FBPS afin de juger l'adéquation entre les besoins de la population bruxelloise et les choix politiques, de déterminer les absences dans ce dispositif.

BV La Fédération réfléchira à la manière de donner une place à ces absents. Ce dispositif n'est pas le seul outil qui va faire de la Promotion de la santé. Il faut de la santé dans toutes les politiques, dans les autres plans et les autres dynamiques en place, c'est-à-dire de la transversalité. Ça demande un travail du politique, dans les communes par exemple, et du terrain.

Quelles leçons tirez-vous de l'appel à projet ?

BV L'expérience a été éprouvante. Premièrement, car nous sortons de plusieurs années

d'incertitude. Deuxièmement, l'appel à projet a pris des allures de concours. Les associations ont travaillé d'arrache-pied trois mois pour arriver épuisées au bout. Une forme de concurrence s'est créée entre acteurs, mais le dialogue, les collaborations ont limité cet effet.

CR La 6^e réforme a bousculé les politiques et le secteur. Nous avons dû nous dépoussiérer. Nous l'avons fait par la concertation, par une interface continue entre le cabinet politique, l'administration et les acteurs. Nous avons envoyé des recommandations, analysé les besoins de la population bruxelloise et l'offre de services existante. Nous avons contribué à construire le plan assuétudes, le plan alimentation... Ces concertations, ce bousculement a forcé à se réunir, à créer des liens. Ça n'a pas été sans difficulté : l'insécurité, le *turn over* énorme dans les équipes... Comment mobiliser des gens en préavis ? La Fédération a joué un rôle moteur pour garder le cap sur ce qu'on devait obtenir, pour sortir les structures de l'isolement et les solidariser. Créer des ponts a permis de valider des choses ensemble, d'avoir une parole unique qui plaide vraiment pour la Promotion de la santé. Quand le décret est apparu, les mises en concurrence étaient affaiblies par cette solidarité. Aujourd'hui, des disparités sont apparues entre les membres retenus et ceux qui ne l'ont pas été.

BV Notre ennemi n'est pas le pouvoir public. Notre ennemi est le manque de moyens, outre le déséquilibre entre la publicité et nous.

Quelles solutions existent pour perdurer quand un acteur n'a pas obtenu d'enveloppes ?

BV Il existe d'autres fonds, les projets innovants. La Fédération soutiendra ses membres, pas simplement par corporatisme mais en liant leurs actions à leurs effets, aux besoins réels et aux raisons de leur importance. Il y a aussi un enjeu à ce que les communes s'emparent de cette politique.



CR Les communes ont des leviers, par les écoles, les services de prévention en tutelle. Les CPAS sont aussi des lieux cruciaux. Les communes peuvent contribuer à améliorer la santé des citoyens.

BV La Promotion de la santé se joue dans la proximité, dans les quartiers, chez les gens. Bref, au niveau local.

On a reproché à cet appel à projet d'apporter une conception managériale. Quel regard portez-vous sur cette critique?

BV C'est tout le secteur associatif qui est touché. Le nouveau code des sociétés ira encore plus loin. Bien sûr, une comptabilité bien tenue est une bonne chose. D'ailleurs, il n'y a aucun doute à avoir : les associations sont transparentes et font bien leur boulot. L'argent que nous recevons de la collectivité, nous l'utilisons du mieux possible, avec toute la correction voulue. Et c'est là le cœur

de l'affaire : les moyens sont nécessaires et ils portent des fruits. Les fédérations sont là pour aider toutes les associations, surtout les plus petites, à posséder des outils de gestion efficaces. Mais dissociions une association sans but lucratif d'une entreprise commerciale ! Nos spécificités doivent rester claires.

Les acteurs de la Promotion de la santé agissent dans un contexte où d'autres se présentent aussi comme soucieux de la santé. Pensons à l'industrie agro-alimentaire qui se plie artificiellement aux « moins de graisses, moins de sucre, plus de bio... ». Comment se positionner ?

BV L'alimentation est un exemple évocateur. À quoi fait-on face ? Une mauvaise alimentation. Comment s'en prémunir ? Le soir, après une longue journée, ce n'est pas simple d'adopter tous les bons comportements, alors que beaucoup de facteurs nous poussent à faire « simple ». L'industrie agro-alimentaire propose une offre qui simplifie la vie : tout est préparé, nettoyé, découpé et se réchauffe très vite. Si nous montrons les cadres, il faut leur donner toute leur importance. Si se tourner vers des plats préparés résulte du rythme de vie, alors comment travailler sur ce rythme de vie ?

CR Notre métier revêt un aspect éthique important. Ceux qui ont des visées commerciales ne sont pas des partenaires, soyons clairs. Le marketing n'est jamais innocent. Nous devons être attentifs à rester neutres : nous ne travaillons pas avec l'industrie, ni avec le secteur pharmaceutique. Parfois, certains disent diffuser un message. « Fumer, ce n'est pas pour les gamins ». Mais quand l'industrie du tabac dit ça, elle sait aussi qu'elle parle aux jeunes qui ne veulent plus être considérés comme des gamins. Elle leur souffle qu'en fumant, ils ne sont plus des petits mais des jeunes qui savent ce qu'ils veulent. Ces communications ont des effets pervers et rendent toute alliance dangereuse. Les alcooliers ou les marques de bandes hygiéniques veulent aller dans les

écoles pour faire de la prévention n'est pas innocent : ils veulent vendre, ils veulent contrôler le message. Au sein de la Fédération, nous nous fixons des balises face à ces initiatives.

Dans la prévention des usages problématiques, nous sommes souvent confrontés aux producteurs d'alcool. Ils organisent des campagnes publicitaires avec des moyens financiers élevés. Leur influence est perceptible jusque dans l'absence de plan national alcool. Comment aller sur leur terrain, et ne pas se décourager face au déséquilibre des forces ?

CR Le rôle de la FBPS n'est pas éradiquer les firmes de tabac ou d'alcool. L'offre restera présente. Respectons le libre choix des personnes. Concentrons-nous sur l'éducation aux médias, au choix de santé, à l'autonomie. Le tabac, aux États-Unis, c'est presque 1,5 million par jour dans la pub. Vous imaginez ? À la moindre tentative de réglementation, les lobbys font le pied de grue dans les cabinets politiques. Nous devons éveiller le sens critique, étayer la réflexion éthique des politiques, des citoyens, des partenaires. Nos actions sont-elles en cohérence avec les messages de santé que nous voulons porter auprès des jeunes ? Placer des distributeurs de boissons sucrées dans une école ne l'est pas, par exemple.

BV C'est pour ça que le plaidoyer et le travail de proximité avec la population, dans les quartiers, sont cruciaux. Nous devons aussi nous organiser collectivement, à un niveau régional, mais aussi international. Pas chacun comme il le peut, mais en nous connectant. Et en analysant : là où des stratégies locales de Promotion de la santé ont eu du succès, comment cela a-t-il marché ? Comment décliner ces réussites chez nous ? ■

Ce que le secteur peut faire

« Pour que l'action intersectorielle se déroule au mieux au niveau politique, il s'avère primordial de comprendre au préalable comment les responsables politiques perçoivent les problèmes (c'est-à-dire les inégalités sociales de santé) ainsi que leur rôle potentiel dans la formulation puis le soutien à la mise en œuvre des solutions. » p. 121

« Pour que les professionnels de la Promotion de la santé puissent faire en sorte que plus de politiques publiques soient formulées en faveur des déterminants sociaux de la santé, ils doivent pouvoir intervenir en leur faveur, selon les différentes étapes du cycle des politiques publiques¹, au moyen :

- De stratégies pour identifier un problème et influencer son inscription à l'ordre du jour ;
- De stratégies pour formuler des propositions de pistes d'actions pour résoudre le problème ;
- De stratégies de partage et d'application des connaissances dans le processus politique ;
- De stratégies par les politiques locales pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. » p. 128

Extrait de BRETON E., JABOT F., POMMIER J., SHERLAW W., *La Promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Paris, Presses de l'ESHEP, 2017, p. 121-128.

Comment les alcooliers français ont réussi à peser

« À la fin des années 1990, le processus de sanitisation des politiques de lutte contre les drogues et les toxicomanies a pu s'appuyer sur la mobilisation d'un secteur inattendu : les producteurs d'alcool. Ces derniers ont en effet su s'approprier le concept d'addiction, au fondement du projet gouvernemental de l'époque, afin d'encourager une politique qui ciblerait davantage le comportement des consommateurs que les boissons alcoolisées. Ils sont parvenus à négocier les termes d'une politique publique qu'ils contestaient au départ et à en délimiter la portée dans le secteur qui les concernait. Nous montrons ainsi que les producteurs d'alcool, en optant pour des répertoires d'action compatibles avec le territoire tant cognitif (les sciences biomédicales) qu'institutionnel (l'administration sanitaire) de leurs adversaires, ont été parties prenantes de la construction d'une politique de santé publique. S'ils se sont mobilisés *contre* la santé, ou *contre* les addictions, ce n'est donc pas tant qu'ils s'y sont fermement opposés mais au contraire qu'ils ont su s'y adosser pour faire valoir leurs propres fins. [...] Les alcooliers n'auraient guère été légitimes s'ils avaient purement et simplement contesté l'existence d'enjeu de santé publique liés à leur activité économique. [...] D'une part, les catégories savantes peuvent être utilisées comme une ressource militante chez toutes les parties prenantes, lobbys comme réformateurs. Nous avons vu notamment l'importance de l'expertise (d'abord économique et statistique puis biomédicale) dans la légitimation de l'entreprise des alcooliers. [...] Le passage de la notion d'alcoolisme à celle d'addiction à l'alcool est d'abord lié à la stratégie des viticulteurs qui est progressivement entrée en résonance avec celle des entrepreneurs de l'addictologie, avant que l'ensemble des parties prenantes ne parvienne à s'entendre sur les formes d'une action publique fondée sur les principes de l'approche « comportement » (plutôt que « produit »). [...] D'autre part, [...] les démarches dites d'engagement volontaire ou d'autodiscipline, mises en œuvre ces dernières années par Entreprise et Prévention – et dont le but avoué est la promotion des normes sanitaires par les industriels eux-mêmes afin d'éviter que leur activité ne fasse l'objet d'une réglementation trop contraignante –, marquent ainsi les déploiements contemporains de ces formes de mobilisation contre la santé. »

Extrait de FORTANÉ N., « Une mobilisation contre la santé ? Les producteurs d'alcool face à la notion d'addiction », *Sciences sociales et santé*, 2016/1, vol. 34, p. 77-101.

1. Ces cinq moments sont : l'énonciation de l'ordre du jour en fonction de problèmes relevés, la formulation de solutions, la prise de décision, la mise en œuvre et l'évaluation.

La Promotion de la santé en Wallonie

En attendant Godot ?

> Interview de Chantal Leva, présidente de la Fédération wallonne de la Promotion de la santé¹

Le décret wallon de la Promotion de la santé a plus de 20 ans. Lentement, sa réforme se prépare. Quels sont les effets de son maintien actuel ? Quelles priorités pour la suite ? L'avis de la Fédération wallonne de la Promotion de la santé.

Le standstill et le futur incertain entraînent une fuite de l'expertise.

Alors que Bruxelles avance sur la Promotion de la santé, où en est cette politique en Wallonie ?

La Promotion de la santé est aussi importante en Wallonie qu'à Bruxelles. Les deux fédérations partagent une philosophie, une démarche, celle de la Promotion de la santé, et nous réalisons un travail commun de plaidoyer. En revanche, effectivement, le contexte politique nous différencie. En Wallonie, depuis le 1^{er} juillet 2014, nous sommes en période de *standstill*, c'est-à-dire que nous fonctionnons sur base du décret du 14 juillet 1997 de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Les priorités et les budgets n'ont pas changé depuis 2003 à cause des réformes et transferts de compétences. Bref, les priorités sur lesquelles nous appuyons notre travail sont anciennes.

Si nous continuons à travailler avec enthousiasme et en fonction des besoins de la population et des attentes des professionnels, nous sommes cependant très inquiets. Aurons-nous un plan de prévention et de Promotion de la santé avant les élections régionales de 2019 ? Avoir un cadre clair est

utile et pertinent, et nous craignons un nouveau report du *standstill*. La Fédération wallonne demande à être consultée sur les attentes et les besoins de la population.

Les pouvoirs politiques sont-ils à votre écoute ?

Nous avons des rencontres avec le cabinet de Madame Greoli tous les mois et ils sont bien au courant de notre situation. Un nouveau texte est en train d'être rédigé par son cabinet et par l'AVIQ² (dont nous dépendons). Nous aimerions pouvoir donner l'avis de la Fédération, à partir d'une consultation de l'ensemble de nos membres.

Dans les services agréés, tout le monde est en préavis, et ceux-ci sont reportés d'années en années. Cette situation crée une grande insécurité, pour le secteur et pour l'avenir. Chaque année, nous apprenons fort tard les prolongations. On vit vraiment au jour le jour.

Quelles sont les raisons de ce report ?

Le transfert des compétences est un énorme chantier ! L'AVIQ se met en place petit à petit. Par exemple, la commission Prévention et Promotion de la santé, qui nous concerne

1. Cette interview a été réalisée par Caroline Saal le 2 mai 2018.

2. Agence pour une Vie de Qualité, organisme d'intérêt public gérant les compétences de santé en Wallonie.

de près, n'est pas encore opérationnelle, et devrait l'être prochainement, d'ici juin. Le changement de majorité politique à la Région ne nous a pas aidés. Maxime Prévot a été remplacé par Alda Greoli. Les personnes qui s'occupent de nos dossiers ont changé également. À l'AVIQ, peu de personnes nous connaissaient. Ce sont donc des personnes qui ont dû et qui doivent apprendre à connaître le secteur, à comprendre le travail que nous menons depuis maintenant 20 ans.

Quels sont les effets de cette lenteur sur le travail des acteurs de la Promotion de la santé ?

Certains se disent « Au moins, on sait ce qu'on a : la même chose que les années précédentes ». Mais il y a une fuite de l'expertise. C'est angoissant de travailler dans un secteur dont on ne connaît pas l'avenir. Les employeurs ne peuvent pas promettre aux travailleurs qu'ils resteront, la Fédération ne peut pas promettre aux associations qu'elles se pérenniseront.

J'en déduis que la Promotion de la santé n'est pas une priorité, malgré les nombreux discours politiques ou institutionnels sur son importance. Je l'entends tellement souvent, sans le voir traduit ni dans les faits ni dans les budgets, plutôt serrés.

Heureusement, sur le terrain, nous gardons une véritable énergie, de l'enthousiasme. Le travail au quotidien est ressourçant.

Aujourd'hui, sur quoi voudriez-vous attirer l'attention des politiques ?

D'abord, sur l'universalisme proportionné. Le terme est barbare, mais crucial : la Promotion de la santé travaille avec tout le monde, pour tout le monde, tous les publics, dans tous les milieux de vie, de la naissance — et même avant — jusqu'à la mort. C'est notre spécificité. Par exemple, l'école reste un lieu de vie important pour développer des programmes de Promotion de la santé ouverts au grand nombre.

Par ailleurs, nous sommes inquiets de cette tyrannie du chiffre dans les processus d'éva-



luation. Travailler en Promotion de la santé, c'est travailler sur les déterminants de la santé. Depuis que le Centre liégeois de Promotion de la santé existe — je prends celui-là, parce que je le connais bien — comment pourrais-je affirmer que les fumeurs sont moins nombreux sur l'arrondissement de Liège ? Je force le trait, mais les demandes d'évaluation prennent de plus en plus cette forme. Évidemment, nous évaluons toutes les actions et tous les processus de la Promotion de la santé. Le débat n'est pas là, il est dans les indicateurs qu'on nous demande d'employer. Nous voudrions des indicateurs de Promotion de la santé et pas des indicateurs de prévention « purs et durs ».

Un enjeu de la Promotion de la santé n'est-il pas de faire comprendre la révolution qu'elle peut instaurer, en touchant au milieu de vie, en outillant les personnes ?

Notre pratique est parfois abstraite. Une jeune travailleuse m'a dit un jour « Pour comprendre la Promotion de la santé, il faut la vivre ». Cette phrase a vraiment résonné

Associer ce travail intersectoriel aux Objectifs du développement durable des Nations Unies devrait être une priorité.

chez moi. Les politiques sont en attente de chiffres, de dire « la santé va mieux », et nous refusons de donner des chiffres. Les liens de causes à effets en santé ne sont pas simples. Ils croisent de multiples facteurs, dépendent d'actions diverses, d'influences très larges. Comment puis-je dire « c'est grâce à moi » quand quelqu'un arrête de fumer, décide de faire du sport ou ne consomme pas de sodas ? C'est toute la complexité des déterminants de la santé.

Quelles vous semblent les stratégies à mener pour l'avenir de la Promotion de la santé ?

Un *statu quo* avec la politique actuelle signifierait continuer à compter sur un faible niveau d'investissement. J'identifie trois stratégies essentielles. Premièrement, le **plaidoyer** est important : il est facile de dire que les politiques ne nous comprennent pas, mais je pense que nous devons mieux communiquer vers eux, notamment vis-à-vis des élus communaux. Eux aussi un impact sur la santé des citoyens. Ensuite, l'**intersectorialité** est importante parce que tous les secteurs sont une ressource pour nous. Associer ce travail intersectoriel aux Objectifs du développement durable des Nations Unies devrait vraiment être une priorité pour nous³. La santé est vraiment une condition pour atteindre les objectifs d'éradication de la pauvreté, de la faim, d'éducation, de paix. La troisième stratégie, c'est le **développement de l'action au niveau local**. La rencontre avec les habitants est propice à leur intégration dans les actions de Promotion de la santé. C'est tout le contexte aussi de santé communautaire.

Rendre les personnes actrices de leur santé permet vraiment d'améliorer leurs conditions de vie, leur bien-être et leur santé. Le tout participe à un grand défi : la diminution des inégalités sociales de santé.

Et si vous deviez tirer un bilan de ces vingt ans ?

Le secteur a pu développer des objectifs et des **stratégies communes**, comme l'*empowerment*, la santé communautaire, la participation des populations dans tous les projets qu'on développe. Ces vingt années sont aussi marquées par une **professionnalisation** des acteurs de la Promotion de la santé, avec pour conséquences de développer des projets de qualité et d'attirer l'attention des politiques sur l'importance des projets locaux. Quand je dis locaux, j'entends vraiment la proximité : développer des projets là où sont les gens, dans leurs milieux de vie, dans les quartiers. La grande carence est l'**absence**, toutes ces années, de **planification stratégique** : certes, le programme quinquennal fixait des priorités mais on n'a jamais eu les moyens de les évaluer, d'élaborer des objectifs opérationnels. Nous souffrons encore d'un manque de visibilité. C'est un secteur qui n'est pas très connu. Cependant, la mobilisation des acteurs a permis d'officialiser une **fédération wallonne**, reconnue par le politique en 2016. Cela nous permet de nous entraider, de débattre. Nous avons par exemple rédigé des recommandations concernant le futur décret. Ce que nous voudrions, c'est nous assurer que ces recommandations sont au moins entendues. Parfois, les politiques proposent de consulter mais donnent des délais inadéquats au regard de la réalité de notre travail quotidien et de notre fonctionnement démocratique. À l'intérieur du secteur, certains ont des enjeux différents. On tient à construire nos avis ensemble et c'est ça qui est passionnant ! ■

3. Les Objectifs de développement durable (ODD), également nommés Objectifs mondiaux, sont 17 objectifs visant à éradiquer la pauvreté, protéger la Planète et offrir la paix et la prospérité à chaque être humain. Il s'agit d'un appel des Nations Unies à l'ensemble des pays.

Pourquoi sommes-nous inégaux face aux risques liés aux drogues ?

> **Clémentine Stévenot**, chargée de projets sociologiques et législatifs, Eurotox

En fonction du statut socio-économique, les individus sont confrontés de manière inégalitaire aux questions de santé. Les inégalités sociales de santé sont une des principales cibles de la Promotion de la santé. Comment interagissent-elles avec les usages de drogues ? Clémentine Stévenot fait le point sur facteurs de risques et de protection, face aux usages problématiques et aux overdoses.

Les inégalités sociales affectent la santé dès le plus jeune âge, notamment à travers le statut socio-économique (SSE) des parents. Par exemple, l'espérance de vie à la naissance est inégale selon le niveau socio-économique de la commune de résidence et l'écart se creuse toujours davantage entre les plus défavorisés et les plus favorisés¹. Les inégalités sociales de santé concernent donc l'état de santé, mais également l'accès aux soins (y compris en matière de santé mentale) et le recours aux services préventifs^{2, 3}. Le report des soins en raison de problèmes financiers au cours des 12 derniers mois concerne 8 % des ménages belges. Et ce pourcentage dimi-

nue au fur et à mesure que le niveau d'enseignement et les moyens financiers augmentent. Le report des soins touche davantage les familles monoparentales ; 20 % d'entre elles sont en effet concernées, sachant que la majorité est dirigée par des femmes^{4, 5, 6}.

De multiples facteurs intermédiaires (sociaux, économiques, culturels, comportementaux, etc.), inégalement répartis au sein de la population, composent et créent le lien

La santé est déterminée par une multitude de facteurs, notamment individuels : le genre, l'âge, le revenu, l'héritage génétique et familial, le niveau d'études, le logement, les conditions sociales, l'accès aux soins de santé, etc. Les différences de santé deviennent des inégalités sociales de santé dès lors qu'elles sont systématiquement distribuées de manière inégale au sein de la population, en fonction du statut socio-économique des individus¹. Les inégalités sociales de santé suivent le gradient social, quels que soient la société, l'âge des individus, leur genre ou les problèmes de santé considérés ; autrement dit, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé², pauvreté et mauvaise santé pouvant s'influencer mutuellement.

1. Observatoire Belge des Inégalités, *Vivre pauvre, c'est aussi vivre moins longtemps*, 7 décembre 2015.
2. Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, *Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté*, COCOM, Bruxelles, 2017.
3. BARBIER C., « Les inégalités socio-économiques de santé », *Éducation Santé*, 238, octobre 2008.
4. WIV-ISP, *Enquête de santé 2013. Rapport 3 : utilisation des services de soins de santé et des services sociaux*, 2013.
5. Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, *Op. Cit.*, 2017.
6. Observatoire Belge des Inégalités, *Pauvreté en Wallonie : risque accru pour les familles monoparentales*, 30 novembre 2017.

1. Selon les études, le statut socio-économique est déterminé par un ou plusieurs critères, dont : le niveau d'enseignement terminé, le statut professionnel/occupationnel, la source principale de revenu, la situation financière (patrimoine/dettes), etc.
2. OMS, *Aspects économiques des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2014.

Une situation d'emploi, un salaire comme source principale de revenu légal et un niveau d'enseignement élevé sont autant de facteurs protecteurs face aux overdoses.

entre le SSE d'un individu (ou d'un groupe) et son état de santé⁷ :

1. Les facteurs matériels : une mauvaise santé peut avoir des conséquences sociales et économiques (perte d'emploi, mise en incapacité, isolement social, etc.). De même, les individus les plus favorisés possèdent les ressources financières et matérielles leur permettant d'adopter des comportements bénéfiques pour la santé et aussi limiter les conséquences d'une mauvaise santé (alimentation saine, activité sportive, meilleur accès aux soins de santé et aux services de prévention, logement salubre, etc.) ;

2. Les facteurs psycho-sociaux : les conditions de vie et de travail stressantes, ainsi que les ressources pour affronter ce stress, ont des effets sur la santé ;

3. Les comportements de santé (tabagisme, activité physique, habitudes alimentaires, abus d'alcool ou de drogue, etc.) : la manière dont un individu est socialisé tout au long de sa vie détermine ses comportements, ses pratiques, ses manières d'être, ses goûts, ses représentations, etc. qui ont des conséquences sur sa santé⁸.

Si l'on aspire à expliquer et réduire les inégalités sociales de santé, la seule considération des comportements individuels différenciés selon le SSE n'est pas suffisante ; il est également nécessaire d'agir sur le contexte. D'une part, en effet, le contexte socio-culturel et la socialisation longue influencent l'accès à la santé et l'état de santé parce qu'ils définissent le rapport des individus et de la société à la santé, aux corps, aux rôles genrés, à la consommation de substances psychoactives, etc.⁹. Ce qui doit être soigné ou ce qui relève de la normalité peut évoluer au fil du temps et d'une société à l'autre. La consommation d'alcool, par exemple, est un acte généralement accepté en Europe occidentale, tandis que la consommation de drogues illicites sera bien souvent perçue comme une déviance, un comportement inévitablement problématique. La socialisation genrée in-

fluence elle aussi la santé et ses déterminants. Les hommes et les femmes n'ont généralement pas le même rapport à la santé, à leur corps, aux symptômes et aux soins. Par exemple, les hommes ont tendance à attendre plus longtemps que les femmes avant d'aller consulter un-e médecin. De même, les représentations genrées peuvent influencer la manière dont les soignants posent un diagnostic et prennent en charge la maladie¹⁰.

D'autre part, le contexte socio-économique et politique, y compris la répartition des richesses, les rapports entre classes sociales, les lois et les politiques publiques, modèlent également notre rapport à la solidarité, à la responsabilisation et à l'ensemble de nos droits (droits fondamentaux, droits sociaux, droits de santé). Ceci s'opère à la fois de manière résolument pragmatique (prix des médicaments, mesures d'austérité, remboursement des soins, conditions d'accès à la protection sociale, etc.) et de manière insidieuse, en modifiant nos représentations et croyances. Ces dernières ont un impact réel sur la manière dont un individu se perçoit et agit, ainsi que sur la manière dont il perçoit et interagit avec les autres. Par exemple, les discours médiatiques, et politiques dominants qui ignorent le caractère structurel du chômage pour en faire porter la responsabilité sur les migrant-e-s et les travailleurs et travailleuses sans emploi, peuvent avoir un impact négatif à la fois sur la perception que ces personnes ont d'elles-mêmes, sur leur santé, leur relation aux institutions, leur sentiment de légitimité au sein de la société, et leur propension à recourir à leurs droits. Ces discours peuvent également avoir des effets délétères sur les attitudes des différents individus en contact avec elles, que ce soit leur entourage proche, les travailleurs sociaux, les professionnels de la santé, les représentants de la Justice, etc. qui sont chacun garants de la santé globale, de l'accès aux droits, de la participation citoyenne et du sentiment d'appartenance de ces personnes.

La répartition des risques liés à l'usage de drogue au sein de la population

Le simple usage et l'usage problématique de drogues licites et illicites concernent

7. VAN OYEN H., *Les inégalités sociales de santé en Belgique. Santé et Avenir*, Politiques scientifique fédérale, 2010.

8. La socialisation longue est différenciée selon le genre, le SSE et le contexte socio-culturel dans lequel une personne s'inscrit. Elle est assurée en continu (et simultanément) par plusieurs institutions ou groupes : famille, ami-e-s, école, travail, religion, médias, etc.

9. Notre approche sociologique ne suppose cependant pas que la société forme une entité supérieure aux individus qui détermine unilatéralement leurs manières d'être, de faire ou de ressentir. Plutôt, la société et les individus qui la composent s'influencent mutuellement et continuellement. Les discours et pratiques dominants qui parcourent une société donnée à un moment donné, influencent les manières d'être et de penser des individus ; de même, les individus (ou groupes d'individus) peuvent introduire des discours et pratiques nouveaux ou contradictoires qui peuvent agir à leur tour sur les discours et pratiques dominants.

10. Inserm, *Genre et santé. Prendre en compte les différences, pour mieux combattre les inégalités*, 2016.

l'ensemble de la population. De manière générale, chaque individu est exposé à un ensemble de facteurs de risque et de facteurs protecteurs, endogènes (génétique, personnalité, etc.) et exogènes (environnement familial et social, événements de vie, etc.), qui vont entrer en interaction et accentuer ou diminuer la probabilité d'exposition aux substances psychoactives et le risque de développement d'un usage problématique¹¹.

Les facteurs protecteurs et de risque agissent directement ou indirectement sur les risques liés à l'usage de drogue; ils ont un impact sur l'initiation à l'usage de drogue, le développement d'un usage problématique ou d'une dépendance, sur l'accès aux soins ou aux outils de réduction des risques, sur le maintien de l'abstinence, sur les probabilités de rechute ou d'arrêt de la consommation, etc. Or ces facteurs sont inégalement répartis au sein de la population. Dès lors, les conséquences sociales, pénales et sanitaires liées à l'usage de drogues, sont différemment distribuées selon le SSE des individus; en particulier, les conséquences liées à la transmission des hépatites et du VIH¹², ainsi que la mortalité par overdose, suivent le gradient social.

La prohibition, facteur de risque ?

Certains paramètres propres au contexte prohibitionniste renforcent et perpétuent les inégalités sociales et leurs conséquences sur la santé globale des usagers. La prohibition s'est en effet accompagnée de la **production séculaire d'un imaginaire généralement négatif autour des substances illicites**, c'est-à-dire un ensemble de discours médiatiques, médicaux, politiques, scientifiques et populaires, qui renforcent à leur tour la légitimité de la prohibition.

Ainsi, d'une part, les représentations sociales liées aux drogues illicites ont des consé-

Inégaux face à la mortalité par overdose¹

L'OMS estime à 250 000 le nombre de décès dus à l'usage de drogues illicites chaque année dans le monde (5,1 millions dus au tabac, 2,25 millions à l'alcool; OMS, 2008)². Des études estiment qu'entre 60 et 70 % des usagers injecteurs ont expérimenté une overdose non-fatale. Un traitement spécialisé en toxicomanie constitue un facteur protecteur face au risque de mortalité par overdose. Plus encore, si l'on compare les situations des personnes victimes et les usagers survivants, une situation d'emploi, un salaire comme source principale de revenu légal et un niveau d'enseignement élevé sont autant de facteurs protecteurs. Au contraire, les semaines qui suivent la sortie de prison ou d'un traitement résidentiel présentent un risque accru de mortalité associée à l'usage de drogues³.

Alain Origer calcule le Score d'Accumulation d'Inégalités Socio-économiques (SAIS) des usagers de drogues victimes d'overdose et survivants sur base de plusieurs variables: le niveau d'éducation acquis, la situation de chômage, la situation de revenu, la situation financière (en l'occurrence la présence ou non de dettes) et la situation professionnelle du père ou du tuteur. Il en ressort que la mortalité par overdose suit le gradient social: les usagers de drogues dont le SAIS est le plus faible ont **9,88 fois plus de risque de mourir d'une overdose** que ceux dont le SAIS est le plus élevé.

Parallèlement au gradient social, le **genre influence également** la survenue d'overdoses fatales. Si les hommes victimes sont plus nombreux que les femmes, celles-ci sont plus jeunes au moment du décès. Les « carrières » d'usagères de drogue sont en effet plus courtes que celles des hommes et débouchent plus rapidement sur un usage intensif par injection. De plus, les femmes victimes d'overdose consomment plus fréquemment des médicaments psychotropes de prescription que les hommes, et dès lors se trouvent dans des situations de polyconsommation aux risques accrus. Aucune différence genrée n'est observée au niveau des SAIS moyens. Cependant, Origer constate que l'on trouve davantage de femmes que d'hommes appartenant aux classes SAIS inférieures parmi les victimes d'overdose; l'inverse est vrai parmi les survivants.

1. D'après Origer A., *Op. Cit.*, 2016.

2. En Belgique, les drogues licites et illicites sont responsables de la perte de 515 000 années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) en 2012, soit 16 % des AVCI toutes causes confondues; le tabac représente plus de la moitié des pertes (57 %), l'alcool 34 % et les drogues illicites 7 %. Le calcul des AVCI permet de quantifier le poids de la morbidité en prenant en compte, d'une part, les années de vie en bonne santé perdues (lorsque l'individu vit avec une maladie ou un mauvais état de santé) et, d'autre part, les années de vie perdues (dans le cas d'un décès prématuré, c'est-à-dire avant d'avoir atteint une espérance de vie de référence) (voir LIEVENS D. *et al.*, "The social cost of legal and illegal drugs in Belgium", *JRCP Research Series*, vol. 51, Antwerpen, Maklu, 2016).

3. La sortie d'un établissement résidentiel représente un risque accru de rechute et/ou d'overdose. Ceci s'explique par le retour dans un environnement à risque en termes d'usage de drogues (retrouvailles avec un entourage usager, changement de la qualité des produits disponibles), la rupture dans la continuité des soins et avec un environnement clos familial, et une baisse de la tolérance aux opiacés au cours de l'incarcération ou du traitement.

11. Les facteurs de risque de l'exposition à l'usage de substances psychoactives ne sont pas forcément les mêmes que ceux liés au développement d'un usage problématique.

12. DEAN H. D. and FENTON K. A., *Addressing social determinants of health in the prevention and control of HIV/AIDS, viral hepatitis, sexu-ally transmitted infections, and tuberculosis*, 2010.

FACTEURS ASSOCIÉS À L'USAGE DE DROGUES ET L'USAGE PROBLÉMATIQUE^{1, 2, 3, 4, 5}

Facteurs protecteurs	Facteurs de risque
Individuels	
Facteurs neurologiques et génétiques	Facteurs neurologiques et génétiques
Coping (aptitude à faire face)	Troubles du comportement
Pratique pieuse de la religion	Esprit de rébellion
Certains traits de personnalité (tempérance, sociabilité, etc.)	Certains traits de personnalité (recherche de sensations, faible estime de soi, etc.)
Estime de soi	Échecs scolaires et rupture scolaire
Compétences psycho-sociales (résilience, esprit critique, capacité à résoudre des problèmes, etc.)	Éducation genrée (masculine) ⁶
Sentiment d'appartenance à une communauté ou une société et adhésion à ses valeurs	Précocité du premier usage
Accès à la parentalité	Comorbidités psychiatriques
	Marginalisation, rupture sociale
	Exposition prolongée au stress
	Traumas liés à une situation d'exil ou de migration
Familiaux	
Attachement émotionnel « sûr et sécurisant » au sein de la famille	Contexte familial conflictuel
Présence d'un adulte important ou d'un pair aidant	Violences intra-familiales
	Abus de substances psychoactives au sein de la famille et des pairs
	Problèmes de santé mentale des parents
Socio-économiques	
Situation d'emploi	Situation de chômage
Niveau d'enseignement élevé	Faible niveau d'éducation
SSE élevé	SSE faible
	Précarité du logement
Liés au milieu social et culturel	
Participation à la vie de quartier	Voisinage ou environnement de vie défavorisé
Insertion sociale (école, pairs, communauté) ou professionnelle	Discriminations basées sur le genre, l'orientation sexuelle, la religion ou l'appartenance ethnique
Etc.	Pression sociale à la conformité
	Etc.

1. SPOONER C. and HETHERINGTON K., *Social determinants of drug use. National Drug and Alcohol Research Centre*, University of New South Wales, 2004.
2. ORIGER A., *Surdoses et inégalités sociales. Mieux comprendre les décès liés à l'usage de drogues pour mieux agir*, Academia – L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, 2016.
3. SZALAVITZ M., "Addictions are harder to kick when you're poor. Here's why", *Theguardian.com*, 1^{er} juin 2016.
4. MERIKANGAS K. R., DIERKER L. and FENTON, B., *Familial factors and substance abuse: Implications for prevention*, NIDA Research Monograph, 177, 12-41, 1998.
5. <http://www.actiontox.com/informations-dependances/parents/facteurs-de-risques-et-de-protection.aspx>
6. Quelle que soit la société donnée, les individus sont généralement socialisés différemment selon le sexe biologique qui leur est attribué. Au sein des sociétés occidentales, les individus de sexe masculin sont davantage encouragés à développer des traits de caractère ou des comportements qui peuvent renforcer les risques liés à l'usage de drogue (rechercher des sensations fortes, dépasser les limites, transgresser les règles ou l'autorité, etc.).

quences négatives sur l'accès aux soins des usagers de drogues. Les drogues sont perçues comme interdites, risquées, créant de la dépendance, sont synonymes d'irresponsabilité, de déviance et de comportements antisociaux. Cet imaginaire est intégré, intériorisé et diffusé par l'ensemble de la société et ses différents canaux de production du savoir (professionnels du soin, scientifiques, médias, politiques, usagers de drogues, etc.). Or, de telles représentations sociales motivent et impulsent des sanctions sociales négatives, notamment la marginalisation et la stigmatisation des usagers (problématiques ou non), d'autant plus fortes pour les femmes (surtout si elles sont mères)¹³. Ces sanctions ont souvent pour conséquence de renforcer les risques sanitaires, médicaux et pénaux liés à l'usage de drogues (en particulier illicites). Le contexte prohibitionniste biaise les interactions sociales et entrave l'accès aux soins. Les usagers marginalisés risquent en effet d'éviter tout contact avec les services de soin ou d'accompagnement de peur d'être mal accueillis, jugés, renvoyés vers la justice, de perdre la garde de leurs enfants, etc. Les professionnels du soin, la police ou encore la justice, quant à eux, risquent de perpétuer un ensemble de violences symboliques et institutionnelles envers les usagers.

D'autre part, la prohibition produit un cadre qui perpétue et renforce les risques socio-sanitaires liés à l'usage de drogue (overdose, réutilisation de matériel d'injection usagé, transmission de l'hépatite C, isolement social, etc.). Elle gêne la mise en place de contextes de consommation favorables qui permettraient de réduire les risques (peur de la police et des sanctions pénales, interdiction des salles de consommation à moindre risque, matériel stérile insuffisant, etc.), oblige l'apprentissage social¹⁴ de l'usage à la clandestinité et, surtout, entrave les pratiques à moindre risque. Le contexte prohibitionniste handicape également le développement et la pérennité humaine et financière des services de prévention, de détection précoce et de réduction des risques, portant dès lors directement préjudice à la santé des usagers de drogue.

Outre les risques sanitaires et sociaux, la prohibition et les changements législatifs

réguliers — et souvent flous — comportent des risques pénaux à la fois pour les producteurs, les consommateurs et les acteurs associatifs actifs sur le terrain. Le contexte prohibitionniste, par définition, retire la production et la distribution des substances illicites des entités légales (que ce soit le marché « légal », l'État ou des associations sans but lucratif). Ce sont alors l'économie souterraine et/ou le crime organisé qui prennent le relais. Les vendeurs (particulièrement de première ligne) et les acheteurs prennent dès lors part à des activités illégales et encourrent des risques (notamment légaux).

De nouveau, ces risques ne sont pas les mêmes selon le SSE de l'acheteur et du vendeur. En effet, les ressources pour échapper à l'appareil policier et judiciaire, ou pour en minimiser les conséquences, ne sont pas équitablement réparties au sein de la population : le contrôle au faciès, le bagou, la présomption de l'innocence, l'accès à un-e avocat-e, un casier judiciaire vierge, etc. sont autant de facteurs protecteurs ou de risque que la population ne partage pas uniformément. De plus, les conséquences sanitaires et sociales d'une condamnation ou d'un séjour en prison sont plus lourdes pour les personnes déjà défavorisées et marginalisées^{15, 16}.

Le contexte prohibitionniste, parce qu'il perpétue des représentations négatives vis-à-vis des usagers de drogues et crée un cadre politique, médical et judiciaire défavorable à leur santé, renforce les inégalités sociales de santé déjà existantes. La pénalisation et les sanctions sociales liées à l'usage de drogues classées comme illicites entravent l'accès aux soins et participent ainsi à la détérioration de la santé des usagers et de l'ensemble de la population.

Au-delà des bonnes pratiques qui peuvent être mises en place par l'ensemble des intervenants, agir sur les inégalités sociales qui pèsent sur la santé des usagers de drogues, c'est aussi investir dans le travail à long terme de la Promotion de la santé, modifier en profondeur les représentations et comportements, soutenir les dispositifs de prévention et de réduction des risques, et modeler les lois afin qu'elles répondent à des impératifs de santé publique. ■

13. Les rôles sociaux genrés s'accompagnent d'une série de croyances et d'attentes en termes de comportements. Les femmes, notamment, doivent correspondre aux modèles féminins et maternels dominants (être modérée, féminine, indépendante, être capable de conjuguer travail, couple, enfants, amis, famille, être instinctivement une « bonne mère », prendre soin des autres, etc.), sous peine de sanctions morales, de stigmatisation ou de marginalisation. Or, l'usage de drogues constitue une transgression des normes féminines et maternelles.
14. Par exemple l'apprentissage par les pairs ; ou l'apprentissage parental comme c'est souvent le cas pour l'alcool.
15. WACQUANT L., *Punir les pauvres. Le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale*, Agone, Marseille, 2004.
16. DE LAGASNERIE G. « Guerre aux drogues, guerre aux Noirs », *Libération*, 13 mars 2017, [en ligne] consulté le 12 décembre 2017.

Le Plan prévention et Promotion de la santé en Wallonie

Quelle prise en compte de la prévention des usages addictifs et de la réduction des risques ?

> Yves Coppieters, Bénédicte Scheen, École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles¹

Une proposition de programmation opérationnelle pour le Plan prévention et Promotion santé en Wallonie a été remise en décembre 2017 au Cabinet de la ministre wallonne de la Santé. Ce Plan, qui a pour ambition d'étendre son dispositif jusqu'à l'horizon 2030, a pour finalité d'améliorer l'état de santé, le bien-être et la qualité de vie de la population wallonne. Dans la proposition, un axe spécifique et supplémentaire sur les assuétudes et la réduction des risques a été développé par les acteurs des secteurs en lien. Ce cadre programmatique propose des stratégies opérationnelles pour la Région Wallonne et ses partenaires.



En février 2017, le Ministre wallon alors en charge de la santé a présenté au Gouvernement la première partie du *Plan Prévention et Promotion de la Santé*, à savoir la définition des priorités en santé². Cinq axes stratégiques sont fixés à partir d'une analyse des données épidémiologiques : 1. La promotion des modes de vie et des milieux favorables à la santé ; 2. La promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global ; 3. La prévention des maladies chroniques ; 4. La prévention des maladies infectieuses y compris la politique de vaccination ; 5. La prévention des traumatismes non intentionnels et la promotion de la sécurité.

L'École de Santé Publique de l'ULB a reçu pour mission en juin 2017, d'appuyer méthodologiquement la deuxième phase du travail, l'élaboration d'une proposition de Plan opé-

rationnel, par un processus de rencontre d'acteurs. 11 groupes de travail thématiques³ ont été constitués. Ils ont réuni plus de 150 partenaires. Au final, 6 axes ont été tracés. Ils reprenaient une centaine d'objectifs ainsi que plus de 350 actions.

Ajouté aux cinq axes cités plus haut, l'axe 2 du Plan couvre « la prévention des usages addictifs et la réduction des risques ». Cette nécessité d'isoler ces thématiques provient de la volonté de développer un axe sur les assuétudes, se situant au croisement des modes de vie et du bien-être.

Afin de couvrir cet axe, **trois objectifs santé** ont été définis :

1. Améliorer la qualité de vie des consommateurs et diminuer les conséquences problématiques liées aux consommations

1. www.ulb.ac.be/facs/esp/

2. Plan Prévention et Promotion de la santé en Wallonie, partie 1 : Définition des priorités en santé, Horizon 2030 <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/plan-pr%C3%A9vention-janvier%202017-final-2.pdf>

3. Nous écrivons désormais GT.

de produits licites et illicites et les conduites addictives sans produit ;

2. Promouvoir une politique intégrée et globale favorisant la concertation avec les différents niveaux de pouvoirs pour faire progresser les politiques publiques en matière de consommation et d'addiction

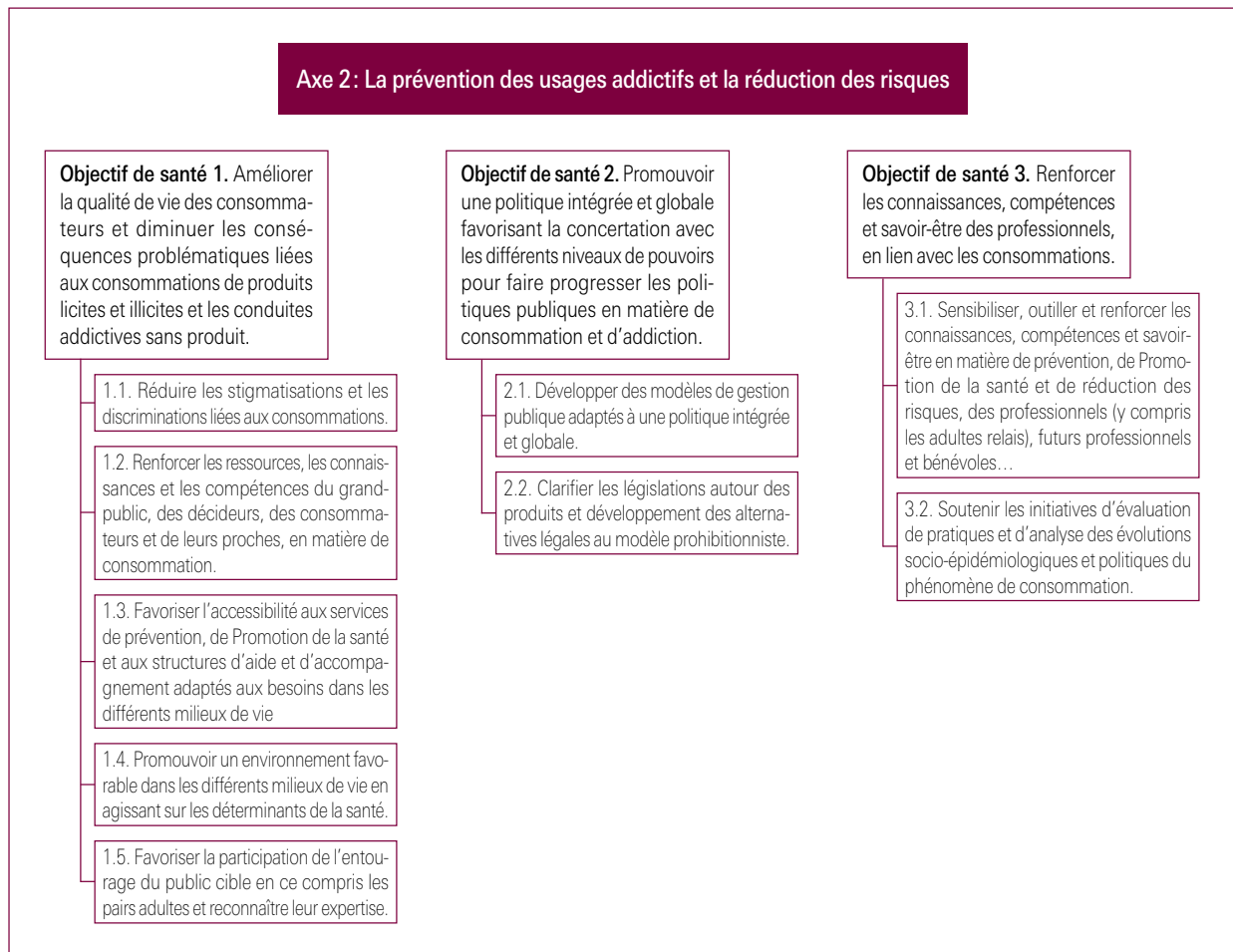
3. Renforcer les connaissances, compétences et savoir-être des professionnels, en lien avec les consommations.

Les stratégies portent sur les usages, qu'ils soient ou non problématiques, de l'ensemble des substances psychoactives légales et illégales (alcool, médicaments psychotropes, cannabis, cocaïne, héroïne, etc.) ainsi que sur les comportements de « consommation sans produit » (jeux d'argent, jeux vidéo, Internet et nouvelles technologies de l'information et de la communication, etc.). Ces stratégies sont issues des secteurs de la

prévention et/ou de la Promotion de la santé et dont la réduction des risques fait pleinement partie.

Les stratégies proposées souhaitent couvrir les différents milieux de vie dans lesquels il est opportun d'agir et rencontrer les besoins de certains publics cible. Ces milieux de vie et ces publics sont divers et les propositions reprises ci-dessous sont non-exhaustives. Chaque action proposée devrait être spécifique aux besoins identifiés qui sont différents en fonction des milieux de vie (prison, écoles, rues, milieux ruraux, urbains, quartiers, entreprises, centre pour réfugiés, lieux de soins ou d'hébergement, mouvements de jeunesse, clubs sportifs...).

Le graphique ci-dessous offre une vue d'ensemble sur les 3 objectifs et les stratégies en lien.





Les propositions opérationnelles

La programmation se présente pour chaque axe en objectifs de santé, déclinés en objectifs spécifiques et actions. Des exemples d'indicateurs sont proposés pour chaque action, ainsi qu'une temporalité comme indication pour le démarrage de celles-ci.

Bien que les propositions soient en majorité issues d'actions existantes, il faut souligner que les participants aux concertations ont vu dans le Plan l'opportunité d'innover, de renforcer et de pallier certains manques ressentis actuellement en Wallonie en termes de prévention et de Promotion de la santé. Nous pouvons citer en exemple l'indispensable mise en réseau des acteurs, le renforcement des compétences des professionnels et l'implication des bénéficiaires et de leurs aidants proches dans les actions. Soulignons aussi que les actions reprises se veulent non-exhaustives et seront amenées à évoluer en suivant le caractère dynamique du Plan.

L'analyse réalisée par ce groupe met en avant la nécessité de faire plus de liens avec d'autres thématiques et cultiver une dyna-

mique d'interdisciplinarité qui serait à construire sur base d'un socle commun en prévention, Promotion de la santé et réduction des risques.

En trois journées de travail, et de nombreux échanges entre participants, il n'a cependant pas été possible d'affiner les stratégies, de proposer tous les types d'actions ni le degré de précision demandés en termes d'opérationnalisation. Le groupe a donc bien précisé que « ces actions devront être comprises comme une liste exemplative et non-exhaustive des dites actions à mener, émanant des pratiques de terrain des acteurs sollicités. En effet, le groupe regrette de devoir "cadenasser" une liste d'actions à horizon 2030 au risque de nous couper de nos capacités d'adaptation et d'innovation en fonction des évolutions du contexte⁴ ».

Il y a aussi sans doute eu un problème de représentativité des acteurs des différents secteurs pour certains groupes. Par ailleurs, si la proposition de Plan identifie des objectifs à atteindre et des actions à mener pour amé-

4. Extrait d'un courriel du GT au Comité de pilotage

Objectif santé 1	Objectif spécifique 1.1. Réduire les stigmatisations et les discriminations liées aux consommations.
	Action 1.1.2. Développer et participer aux actions visant le changement des représentations liées à l'usage de drogues et un meilleur accès à la santé.
	Action 1.1.3. Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation portant sur la déstigmatisation et la réduction des discriminations liées aux consommations.
	Action 1.1.5. Développer les actions qui impliquent des témoins du vécu et reconnaissent leur apport.
Objectif santé 2	Objectif spécifique 2.1. Développer des modèles de gestion publique adaptés à une politique intégrée et globale.
	Action 2.1.2. Favoriser les échanges et la consultation entre le secteur des assuétudes et les instances politiques.
	Action 2.1.3. Inviter les associations de terrain à participer aux groupes de travail à visée politique sous forme de recommandations.
	Action 2.1.4. Développer une plate-forme citoyenne.
Objectif santé 3	Objectif spécifique 3.1. Sensibiliser, outiller et renforcer les connaissances, compétences et savoir-être en matière de prévention, de Promotion de la santé et de réduction des risques, des professionnels (y compris les adultes relais), futurs professionnels et bénévoles...
	Action 3.1.1. Intégrer des matières relatives à la prévention, Promotion de la santé et réduction des risques dans le cursus de base des futurs professionnels du secteur psycho-médico-social et de l'éducation.
	Action 3.1.3. Développer, structurer et rendre visible l'offre de formation continue à destination des professionnels du secteur et des secteurs connexes.
	Action 3.1.5. Informer les intervenants sur la circulation de produits psychoactifs présentant un risque accru pour la santé (système d'alerte précoce) et sur les tendances émergentes en matière de consommation.
	Action 3.1.7. Développer des actions en partenariat entre différents services et secteurs et accentuer les actions existantes de ce type. Il s'agit aussi de créer des réseaux coordonnés pour l'échange de savoirs.

Tableau 1. — Exemples d'objectifs et d'actions issus de la proposition de Plan

liorer la santé des Wallons d'ici 2030, elle ne documente pas systématiquement les éléments précis de leur opérationnalisation prévus dans le canevas, tels que les estimations de coûts et de ressources nécessaires, les sources de financement, les acteurs responsables et les autres parties prenantes ou encore les prérequis éventuels. Ce travail d'opérationnalisation n'a pu se faire par manque de temps dans les délais impartis, mais pourrait néanmoins être continué en 2018 sous l'impulsion de l'AVIQ et des gestionnaires du Plan. Afin d'aboutir à un Plan opérationnel solide, il est important de rappeler l'intérêt de poursuivre la démarche participative.

Perspectives

La proposition de Plan met en avant différents objectifs pour opérationnaliser et implé-

menter le Plan sur tout le territoire Wallon jusqu'en 2030. Parmi ceux-ci, il s'agit notamment de mettre en place d'un cadre d'implémentation, de gestion et de suivi, de récolter et d'analyser les données, ainsi que d'évaluer et mettre à jour le Plan. L'année 2018 sera consacrée à la validation ou au remaniement de la proposition de programmation opérationnelle par les instances politiques wallonnes et son articulation avec le futur décret de Promotion de la santé. S'en suivra alors la mise en place du dispositif d'appui au Plan. Tout cela s'inscrivant dans une vision de santé publique, c'est-à-dire du développement d'un Plan intégré, cohérent, coordonné, qui s'inscrit dans la continuité, agit simultanément sur différentes dimensions et favorise la pleine participation et l'implication des bénéficiaires. ■

Le cannabis à l'adolescence dans les médias français, transgression ou souffrance ?

> **Audrey Arnoult**, maître de conférences en Sciences de l'Information et de la Communication, au Lerass¹, Université Toulouse 3, Paul Sabatier

Les médias influencent notre vision du monde, donc des usages de drogues. Quel(s) sens donnent les médias à la consommation de cannabis à l'adolescence : une transgression juridique qui peut aussi témoigner d'une souffrance psychique ? Comment sont désignés les jeunes qui recourent à cette substance ? Quels sont les modes de gestion de la consommation de drogues sont privilégié(s) par les journaux et quels rôles actanciels sont attribués aux pouvoirs publics ? Autant de questions passées en revue par Audrey Arnoult.

Notre article s'inscrit dans le champ des Sciences de l'Information et de la Communication, en analyse du discours.

Pour cela, nous menons une analyse qualitative (fondée sur l'analyse narrative greimassienne et l'analyse lexicale) de la presse quotidienne nationale, sélectionnée selon un principe d'exemplarité (Garcin-Marrou, 2007, p. 16). Nous étudions 106 articles, publiés entre le 1^{er} janvier 1995 et le 31 décembre 2014, dans *La Croix* (24), *Le Monde* (19), *Le Figaro* (29), *Libération* (24) et *L'Humanité* (10). Ce corpus n'est pas exhaustif mais a été échantillonné de façon empirique (Bonville, 2000, p. 105), selon les principes de systématisme¹ et d'événementialité².

1. Choix d'un intervalle régulier pour sélectionner les discours à partir des listes d'articles, réalisées chronologiquement, pour chaque quotidien.
2. Prise en compte des événements et des prises de paroles politiques (campagnes de sensibilisation sur le cannabis ; propositions de légalisation/dépénalisation, etc.).

Cet article se propose d'analyser, à partir d'une perspective constructiviste², la manière dont les médias mettent en « *lisibilité* » (Delforce, 1996) la consommation de drogues à l'adolescence³. Cette question est importante car les discours médiatiques participent de la « *discursivité sociale*⁴ » et peuvent influencer sur les représentations que nous avons à propos d'une thématique ou d'un évènement.

Cet article comporte trois parties. Nous retraçons les différentes étapes de la médicalisation de l'usage de drogues pour comprendre dans quel contexte socio-politique s'inscrit notre corpus. Puis, nous analysons le lexique employé pour désigner l'adolescent-consommateur, son usage du cannabis et la mise en récit de sa « *carrière* » (Becker, 1985). Enfin, nous étudions la figure des pouvoirs publics, à partir d'articles portant sur le statut législatif du cannabis et sur différentes campagnes de prévention.

1. Laboratoire d'Études et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales

La médicalisation de la consommation de drogues à l'adolescence

La consommation de drogues a été progressivement médicalisée. La médicalisation consiste à attribuer une nature médicale à des pratiques ou des représentations qui auparavant n'étaient pas pensées comme tels. Elle implique en outre leur prise en charge par les pouvoirs publics⁵. Or, ce n'est pas le cas de l'usage de drogues au XIX^e siècle. En effet, « à aucun moment, [il] ne constitue ce que nous appelons « problème de société ». Bien plus, jusque vers 1840, les « drogues » au sens que nous donnons aujourd'hui à ce terme ne captivent véritablement personne⁶ ». Ce sujet commence à faire débat au début du XX^e siècle, ce qui aboutit à la loi du 12 juillet 1916 interdisant la consommation de drogues en société⁷.

En 1969, le drame de Bandol — une adolescente meurt d'une surdose d'héroïne — pose à nouveau la question de l'encadrement de l'usage des substances psychoactives. À cette époque, il n'existe pas d'étude scientifique concernant les modalités de consommation. Néanmoins, les pouvoirs publics se saisissent rapidement du problème, considérant la toxicomanie comme un fléau susceptible de détruire la jeunesse⁸. La loi du 31 décembre 1970 est votée, condamnant — entre autres — l'usage privé de drogues. Ce dispositif ne fait pas de distinction entre les différents types de substances et les modalités de consommation. Ehrenberg qualifie cette politique de « triangle

Le drame de Bandol fait de la toxicomanie un fléau susceptible de détruire la jeunesse.

d'or républicain », l'objectif étant l'éradication des drogues, la désintoxication des toxicomanes et l'abstinence. Cet idéal normatif d'une société sans drogues est remis en cause dans les années 80-90, notamment avec l'arrivée du sida. La mise en place d'une politique de réduction des risques vise à limiter les risques sanitaires auxquels sont exposés les toxicomanes. Pour Fassin, la médicalisation de la consommation de drogues va de pair avec cette politique : la toxicomanie devient un problème de santé publique⁹.

Aujourd'hui, les enquêtes épidémiologiques permettent de dresser un panorama précis des modalités d'usage des substances psychoactives chez les adolescents. Entre 2014 et 2017, les experts notent « un recul généralisé des usages de cannabis » (S), qu'il s'agisse des filles ou des garçons et quel que soit le mode de consommation¹⁰. Parmi ces usagers, « 7,4 % des adolescents seraient susceptibles de présenter un risque élevé d'usage problématique de cannabis¹¹ ». La France fait partie des pays européens où la consommation régulière de cannabis est la plus élevée.

La consommation de cannabis : entre inquiétude et pragmatisme

Observons maintenant les désignations de l'adolescent, de son usage de cannabis et de sa « carrière », autrement dit la performance adolescente¹². Les jeunes sont-ils stigmatisés de par leur conduite ou considérés comme en situation de souffrance psychique ? Les médias se focalisent-ils plutôt sur des adolescents dont l'usage reste modéré ou sur des consommateurs réguliers, voire aux usages problématiques ?

L'ensemble des quotidiens mentionne la banalisation du cannabis, tout en rappelant le statut illicite de ce produit. *L'Humanité* va

2. Delforce, 1996 ; Delforce et Noyer, 1999 ; Delforce, 2004.
3. Précisons que la plupart des discours se focalise sur le cannabis.
4. Delforce et Noyer, 1999, p. 23 et 31.
5. Fassin, 1998, p. 7
6. Bachmann et Coppel, 1989, p. 28
7. Dont le haschich
8. Bergeron, 1999, p. 25.
9. Fassin, 2008, p. 32.
10. Spilka *et al.*, 2018, p. 4
11. *Id.*, p. 5.



Les quotidiens jouent un rôle d'alerteurs interpellant les pouvoirs publics sur la nécessité de privilégier une approche sanitaire.

plus loin en soulignant que l'on ne sait plus si le cannabis est illégal ou non¹³. Cette précision témoigne d'une évolution sociétale : la norme sociale prend le pas sur la norme juridique. Les termes employés pour désigner les adolescents le confirment : « jeunes », « enfants », « ados », « adolescents », « consommateurs », « fumeurs », « usagers », etc. Les quotidiens recourent à un lexique emprunté aux enquêtes épidémiologiques et de sens commun, en lui associant parfois un qualificatif (« régulier », « occasionnel », « chronique », « problématique », etc.). Cependant, les mots « toxicomane » et « drogué » apparaissent à quelques reprises, notamment avant 2009¹⁴. La représentation, propre aux années 70, d'un individu dangereux pour son entourage et sans volonté persiste donc mais de façon relativement mineure.

La désignation de l'usage emprunte aussi aux études statistiques : « initiation », « consommation », « usage », « expérimentation », « addiction », etc. La pluralité des modalités de consommation du cannabis est lisible dans les journaux, qui soulignent parfois sa précocité et, pour certains, sa gravité. L'emploi de ce lexique traduit une évolution : la figure unique du toxicomane a laissé place à différents profils d'usagers. Ainsi, le terme « fléau » a disparu des discours après 2009. Néanmoins, le mot « toxicomanie » reste parfois employé créant une confusion entre la dépendance — induite par l'usage problématique du cannabis — et les autres modalités de consommation. Nous trouvons également les expressions « ce toxique¹⁵ » ou encore « drogues dangereuses¹⁶ » pour parler de cette substance. Ces procédés discursifs se centrent sur le produit, suggérant sa dangerosité, sans prendre en compte le contexte de la consom-

mation. Précisons que leur emploi reste limité par rapport à l'ensemble du corpus ; la plupart des quotidiens privilégiant l'approche par l'usage¹⁷. Le mal-être des adolescents est l'un des facteurs mentionnés pour expliquer le recours au cannabis, mais la dimension psychique est très peu développée. De façon plus générale, le lexique utilisé pour évoquer le cannabis relève à la fois d'une approche juridique (« stupéfiants »), épidémiologique, sociologique et de sens commun (« drogue¹⁸ »).

L'analyse de la « carrière » de la consommation de cannabis permet de préciser ces résultats. En effet, la notion de carrière renvoie à un « usage séquencé » : commencer à fumer du cannabis ne présage pas une consommation régulière ni même une dépendance. Chaque phase de la carrière correspond à une modalité d'usage différente. L'analyse des discours montre que deux façons de concevoir la consommation de cannabis structurent une partie du corpus. Par exemple, *Libération* et *L'Humanité* s'opposent fermement à la théorie de l'escalade¹⁹, laissant — entre autres — la parole à des sociologues qui soulignent la diversité des usages. Des adolescents témoignent aussi de leur consommation maîtrisée²⁰. En revanche, les discours du *Figaro* et de *La Croix* sont plus alarmistes : des parents évoquent la violence et la désinsertion sociale progressive de leur fils, suite à sa consommation excessive. Le cannabis est un « piège » dont l'usage est comparé à une « spirale infernale²¹ ». Ce lexique renvoie implicitement à la théorie de l'escalade, qui sous-tend plusieurs discours du *Figaro*, notamment ceux portant sur la légalisation du cannabis²². La position de *La Croix* est plus nuancée : le journal cite aussi des experts affirmant qu'il n'y a pas de causalité entre le fait de commencer à fumer du cannabis et la dépendance, dernière phase de la carrière. Celle-ci est finalement peu évoquée dans les articles, les médecins rappelant qu'elle touche peu les adolescents.

Enfin, plusieurs discours évoquent les conséquences d'une consommation régulière de

12. Chaque récit est structuré par un schéma narratif, lequel se compose de plusieurs phases. La performance correspond à un « faire être » (Greimas, 1983, p. 70) et, dans notre étude, renvoie aux pratiques de consommation des adolescents.

13. LH, 23/11/01

14. LF, 16/12/97

15. LF, 03/05/12 et LM, 12/11/14

16. LF, 20/04/12

17. Libé, 16/10/12 ; LC, 17/11/10 ; LM, 02/02/13

18. Ce terme est très fréquemment employé par les journaux.

19. Théorie née aux États-Unis dans les années 70, qui suggère que la consommation de « drogues douces » conduit inéluctablement à la toxicomanie.

20. Libé, 03/02/05 et 23/10/07

21. LC, 24/02/05 ; LF, 02/02/05

22. LF, 05/09/11 et 20/04/12

cannabis, mais dans une perspective différente puisqu'il s'agit d'articles relatant les études scientifiques sur les conséquences de son usage. Ce n'est donc pas tant le type de consommation qui est au cœur des discours que la crédibilité de ces études, celle-ci étant discutée en fonction de la conception de la réalité que chaque quotidien entend soutenir par rapport à l'usage de cannabis à l'adolescence.

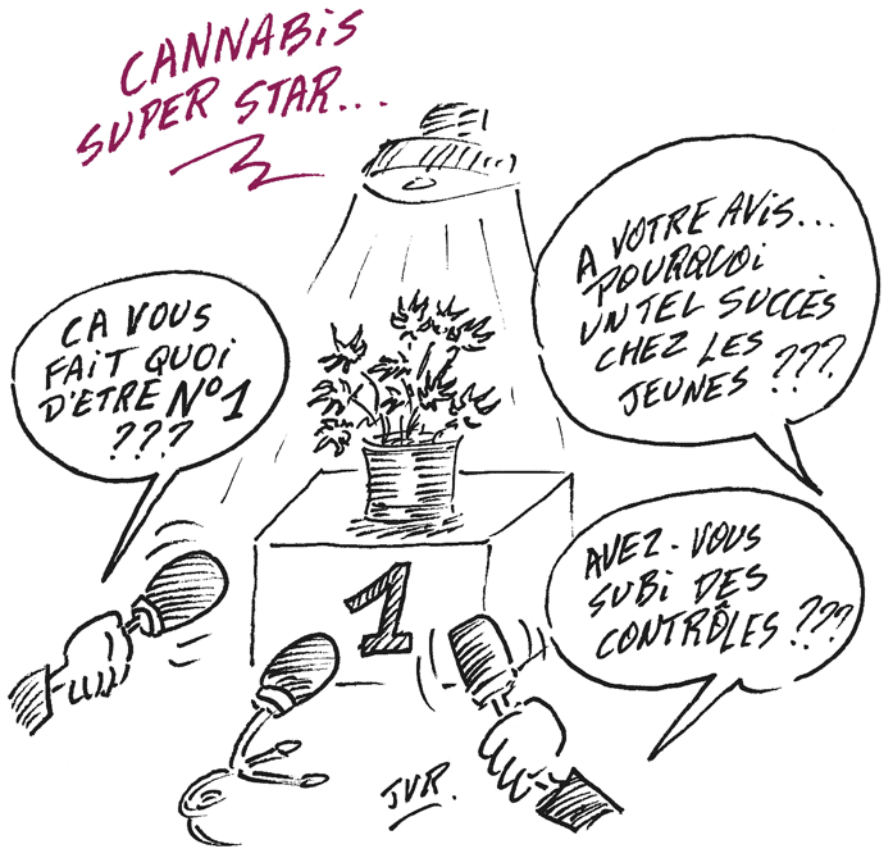
L'analyse des discours démontre que les représentations de l'adolescent-consommateur et de ses usages de cannabis renvoient à un comportement relevant d'une « *conduite sociale*²³ », et dans une moindre mesure, à une conduite toxicomaniaque. Dans ce deuxième cas, la théorie de l'escalade surgit dans les discours médiatiques, trace des représentations alarmistes et stigmatisantes des années 70.

Les pouvoirs publics : une approche principalement répressive et critiquée

La figure des pouvoirs publics est relativement présente dans le corpus, notamment parce que la pénalisation de l'usage de cannabis est souvent remise en cause. Quels rôles actantiels leur sont attribués ? Sont-ils plutôt tournés vers la répression — en conformité avec la loi de 1970 — ou vers la prévention, en adéquation avec la politique de réduction des risques ?

L'ensemble des quotidiens s'accorde sur l'inefficacité de la loi de 1970, « *obsolète* » et « *inadaptée* ». Plusieurs procédés rhétoriques participent de cette démonstration, parfois « *retournée* » pour souligner la nécessité de maintenir l'interdit :

- Le recours aux statistiques montre que le nombre d'adolescents consommant du cannabis augmente : l'interdiction n'est donc pas efficace²⁴. Précisons que les quotidiens ne citent pas toujours les mêmes chiffres, car l'information scientifique est utilisée — dans la presse généraliste — pour légitimer une conception de la réalité²⁵. Ainsi, *Le Figaro* écrit que



« 39 % des jeunes de 17 ans déclarent ne jamais avoir consommé en raison de l'interdit qui pèse sur ce produit²⁶ ».

- La comparaison entre les situations française, européenne et des pays d'Amérique du Sud. Ainsi, *Le Monde* écrit que la France est l'« *une des dernières d'Europe à prévoir le délit d'usager de stupéfiants*²⁷ ». L'argument sous-jacent — parfois explicite — est que la dépénalisation n'entraîne pas une hausse de la consommation²⁸. Cette comparaison sert aussi, pour certains quotidiens, à montrer l'échec de la dépénalisation/légalisation dans les pays concernés.
- Le parallèle avec la consommation d'alcool — substance psychoactive mais licite — pour souligner l'incohérence de la législation²⁹. Ce procédé est parfois utilisé pour démontrer la nécessité de la répression : « *Voulons-nous une société avec ou sans drogue ? Certes, il y a déjà l'alcool mais doit-on ajouter une erreur plus grave à une erreur existante ?*³⁰ ».

23. Bailly, 2009, p. 20.

24. Libé, 02/06/12 ; LM, 20/07/12 ; LH, 25/01/10

25. Delforce, 2003, p. 165

26. LF, 18/06/11

27. LM, 11/04/96 et 17/10/12

28. Libé, 02/06/12

29. LH, 25/01/10 ; Libé, 08/06/12

30. LF, 16/12/97

- Le recours à l'opinion publique — qu'il s'agisse de statistiques ou de discours directs/indirects — permet de légitimer une évolution de la réglementation ou d'en réaffirmer la nécessité. Les journaux mobilisent des experts pour réagir aux différentes initiatives politiques, en fonction de leur conception de la réalité.
- Le rappel d'études scientifiques sur les conséquences néfastes de la consommation précoce et régulière de cannabis sur le cerveau des adolescents est utilisé comme argument légitimant — ou non — le maintien de la loi de 1970.

Ces procédés participent d'une sanction négative de la performance des pouvoirs publics : la législation actuelle sur le cannabis ne fonctionne pas. Seul *Le Figaro* les « renverse » pour soutenir la nécessité d'une approche répressive. Qu'en est-il alors de la prévention ? L'étude des articles montre que deux stratégies sont employées :

- Les quotidiens dénoncent l'inexistence d'une réelle politique de prévention et/ou le peu de moyens qui lui est consacré³¹. Ils jouent un rôle d'alerteurs interpellant les pouvoirs publics sur la nécessité de privilégier une approche sanitaire. Ainsi, dans *L'Humanité*, Jean-Michel Costes rappelle que la consommation de drogues « est un problème de santé publique et non de sécurité³² ». Toutefois, les mesures préventives qui font l'objet d'articles³³ relèvent le plus souvent d'un programme narratif annoncé³⁴, notamment ceux portant sur la charte « Pour une autre politique des addictions ».
- Quelques journaux développent la question de la prévention dans des articles portant sur la mise en place de campagnes de sensibilisation. Certains évoquent une « lutte anti-drogue³⁵ ». En effet, qu'il s'agisse de prévention ou de répression, le champ lexical de la guerre est récurrent. L'accent est mis sur les notions d'information et de responsabilité. L'adolescent(e) est pensé(e) comme une personne ration-

nelle, capable de choisir la conduite à adopter, en fonction des risques. La mise en place de campagnes de prévention est parfois associée à la baisse niveau de consommation du cannabis, sanction positive de l'action des pouvoirs publics³⁶. Toutefois, la part de ces articles dans le corpus est relativement faible.

Le rôle conféré aux pouvoirs publics est principalement celui d'un anti-sujet dont le programme narratif est de réprimer l'usage de cannabis, cette approche répressive étant critiquée par l'ensemble des journaux, à l'exception du *Figaro*. L'approche sanitaire, évoquée par quelques experts, est peu mise en avant et se réduit à quelques éléments épars.

Pour conclure, la consommation de cannabis à l'adolescence est peu mise en lien avec un éventuel mal-être — voire une souffrance psychique plus profonde. Ils sont parfois mentionnés mais peu développés. La figure du toxicomane, propre aux années 1970, a globalement disparu pour laisser place à une représentation diversifiée des usages de cannabis, même si des traces subsistent dans certains discours et, de façon plus marquée, lorsqu'il est question de dépénalisation/légalisation. L'étude des représentations médiatiques montre également que les discours de presse généraliste se focalisent plus sur la problématique juridique de l'usage de cannabis que sur la dimension sanitaire, même si celle-ci n'est pas absente des discours.

Lorsqu'il est question de prévention, celle-ci tend à être déléguée aux parents ou à l'adolescent. Cette « biopolitique déléguée³⁷ » n'est pas propre à la consommation de drogues, mais caractérise la plupart des discours contemporains sur la santé publique³⁸. En outre, elle peut concerner d'autres acteurs, comme les parents, qui sont aujourd'hui considérés par le corps médical comme des alliés thérapeutiques dans la prise en charge des conduites à risques juvéniles³⁹. ■

31. Libé, 26/10/09, 08/06/12, 13/07/12

32. LH, 13/07/12

33. LF, 28/08/12 ; Libé, 21/01/14

34. Dans l'analyse narrative, un programme narratif virtuel consiste en une action ou une suite d'action énoncée mais non encore réalisée (Courtès, 1991, p. 104). LH, 13/07/12 ; Libé, 13/07/12

35. LF, 29/07/02 et LC, 07/08/00

36. LM, 12/06/09

37. Memmi, 2004, p. 136

38. Fassin, 2004, p. 25 ; Memmi, 2004, p. 135 ; Memmi, 2003 ; Berlivet, 2003

39. Couteron, Lascaux et Stéhelin, 2017.

Bibliographie

- BAILLY Daniel, *Alcool, drogues chez les jeunes: agissons*, Paris, Éditions Odile Jacob, 2009.
- BECKER Howard, *Outsiders: études de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions Métailié, 1985.
- BERLIVET Luc, « Les ressorts de la « biopolitique » : « dispositifs de sécurité » et « processus de subjectivation » au prisme de l'histoire de la santé », *Revue d'histoire moderne contemporaine*, n° 60, 2013, p. 97-121.
- COURTÈS Joseph, *Analyse sémiotique du discours: de l'énoncé à l'énonciation*, Paris, Éditions Hachette Supérieur, 1991.
- COUTERON Jean-Pierre, Lascaux Muriel et Stehelin Aude, *Adolescents et cannabis, Que faire ?*, Paris, Éditions Dunod, 2017.
- DELFORCE Bernard, « La responsabilité sociale du journaliste: donner du sens », *Les Cahiers du journalisme*, n° 2, décembre 1996, p. 16-32.
- DELFORCE Bernard et NOYER Jacques, « Pour une approche interdisciplinaire des phénomènes de médiatisation: constructivisme et discursivité sociale », *Études de communication*, n° 22, 1999, p. 13-40.
- DELFORCE Bernard, « Les spécificités de la médiatisation: l'information scientifique au risque des médias », dans LE BOEUF Claude et PÉLISSIER Nicolas (s. dir. de), *Communiquer l'information scientifique: éthique du journalisme et stratégies des organisations*, Paris, Éditions L'Harmattan, 2003, p. 163-175.
- DELFORCE Bernard, « Le constructivisme: une approche pertinente du journalisme », *Questions de communication*, n° 6, 2004, p. 111-134.
- EHRENBERG Alain, « Introduction: comment vivre avec les drogues? Questions de recherche et enjeux politiques », *Communications*, n° 62, 1996, p. 5-26.
- FASSIN Didier, *Faire de la santé publique*, Rennes, Éditions de l'EHESS, 2008.
- FASSIN Didier et MEMMI Dominique, « Le gouvernement de la vie mode d'emploi », dans FASSIN Didier et MEMMI Dominique (s. dir. de), *Le gouvernement des corps*, 2010, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 9-33.
- GARCIN-MARROU Isabelle, *Des violences et des médias*, Paris, L'Harmattan, 2007.
- GREIMAS ALGIRDAS Julien, *Du sens II: essais sémiotiques*, Paris, Éditions du Seuil, 1983.
- KRIEG-PLANQUE Alice, *Analyser les discours institutionnels*, Paris, Éditions Armand Colin, 2012.
- MEMMI Dominique, *Faire vivre ou laisser mourir: le gouvernement contemporain de la naissance ou de la mort*, Paris, Éditions La Découverte, 2003.
- MEMMI Dominique, « Administrer une matière sensible: conduites raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort », dans FASSIN Didier et MEMMI Dominique (s. dir. de), *Le gouvernement des corps*, 2004, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 135-154.
- Spilka, Stanislas *et al.*, « Les drogues à 17 ans: analyse de l'enquête Escapad 2017 », *Tendances*, n° 123, février 2018, <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/leftxssy2.pdf> [en ligne].

Promotion de la santé et enjeux actuels

OUVRAGES

Réduire les inégalités sociales de santé. Une approche interdisciplinaire de l'évaluation, HASCHAR-NOË Nadine et LANG Thierry, Toulouse, Presses universitaires du Midi, Coll. Santé & Société, 2018, 524 p.



L'ouvrage est centré sur les inégalités sociales de santé et les interventions et politiques publiques visant à les réduire. Il s'appuie sur une expérience de recherche interdisciplinaire initiée depuis 2007 et repose sur une convergence entre chercheurs sur les façons de définir et d'analyser les inégalités sociales de santé comme construction sociale et historique. En termes d'interventions, une typologie servant de cadre d'analyse commun a été proposée, qui pourrait permettre aux professionnels et chercheurs de partager des connaissances pour agir plus efficacement sur la réduction des inégalités sociales de santé. L'ouvrage vise à éclairer et mettre en débat la notion d'évaluation et les multiples significations, usages et pratiques qu'elle recouvre dans deux « mondes sociaux », la santé publique et l'analyse des politiques publiques, éloignés l'un de l'autre pour de nombreuses raisons institutionnelles, culturelles, scientifiques. L'ouvrage s'appuie sur des expériences concrètes menées dans le cadre de la recherche interventionnelle.

La Promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone, BRETON Éric, JADOT Françoise, POMMIER Jeanine, SHERLAW William, Rennes, Presse de l'EHESP (École des hautes études en santé publique), 2017, 536 p.



« La Promotion de la santé est un des piliers de la santé publique. Pourtant, au regard des enjeux, elle est insuffisamment développée et étonnamment peu enseignée. Les ouvrages francophones sont rares ; celui-ci est d'autant plus précieux. » (Extrait de la préface de François Bourdil.) Ce manuel pédagogique présente l'essentiel des savoirs en Promotion de la santé : définitions, principaux concepts, principes et théories, connaissances et outils clés pour appréhender, planifier, mettre en œuvre et évaluer des projets en Promotion de la santé. Structuré comme une série de cours spécifiques, il a été pensé et construit sur la base de compétences clés en Promotion de la santé et s'appuie sur la riche expérience de chercheurs et professionnels internationaux (France, Belgique, Suisse, Canada, pays d'Afrique francophone) afin de

mieux comprendre les pratiques et de valoriser les outils existants et émergents. Premier manuel de référence en français permettant de jeter un regard sur la diversité des approches et les enjeux de la Promotion de la santé, dans le monde francophone, il répond aux besoins théoriques et pratiques des étudiants et des professionnels du secteur et constitue un livre de référence pour les enseignants et chercheurs.

Questionner les représentations sociales en Promotion de la santé, Bruxelles, Cultures & Santé, 2013

Qui n'a jamais ressenti un décalage, une incompréhension entre ses idées et celles des autres, dans une animation, une formation ? Ces différences de points de vue, autour d'une question de santé (en lien avec l'alimentation, l'hygiène, la qualité de vie...) sont souvent l'expression de représentations sociales différentes qui coexistent dans un groupe. Mais que sont ces représentations sociales ? En quoi peuvent-elles déterminer la réussite d'un projet de Promotion de la santé ? Pourquoi le questionnement de ces représentations est considéré comme une démarche privilégiée en Promotion de la santé ? Ce carnet, créé par les CLPS de Bruxelles, du Luxembourg, de Namur et par Cultures & Santé tente d'apporter un éclairage sur ces différentes questions. Le cœur de ce carnet met en scène une animatrice et un groupe de femmes qui se réunissent au sein d'une maison communautaire. Progressivement, cette animatrice va prendre conscience de l'importance des représentations sociales et en tiendra compte dans sa pratique. Cette trame narrative se déroule sous forme d'illustrations. S'y rattachent des prises de recul et des repères théoriques.

En ligne : www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/261-questionner-les-representations-sociales-en-promotion-de-la-sante.html



Meuse » apparaissent aujourd'hui clairement. La législation portant sur la Promotion de la santé et l'établissement d'un dispositif-support décentralisé en forment le socle. Le choix d'un modèle conceptuel global, intégrateur de la démarche de Promotion de la santé dans ses dimensions territoriales et intersectorielles, ainsi qu'une connaissance « fine » du territoire d'action en constituant la charpente.

Sur cet édifice, les stratégies de Promotion de la santé ont pu se concrétiser : modification des comportements des professionnels et des élus, émergence de nouvelles offres de services à la population, implication croissante des élus, des professionnels, des habitants, et mise en œuvre d'actions visant à l'amélioration des milieux de vie (mobilité, logement). En cohérence avec la définition de la Promotion de la santé, cette dynamique locale est un « processus » qui évolue en permanence en fonction de la fluctuation des partenariats, des modifications du contexte local et des effets des actions réalisées. Mais elle garde toujours pour finalité l'amélioration de la qualité de vie de tous les citoyens, et le développement de leur capacité à être acteurs de cette amélioration. En ligne : www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-6.htm

« La réorientation des services de santé et la Promotion de la santé : une lecture de la situation », Alami Hassane, in Santé publique, 2017/2, vol. 29, p. 179-184.

La Charte d'Ottawa constitue un tournant majeur dans la vision qu'a le monde de la santé, des moyens et des stratégies à mettre en place pour apporter des réponses aux attentes des populations. Des attentes qui ne se limitent plus à la conception biomédicale classique de la santé, très orientée vers les soins et centrée sur la maladie, mais la dépassent désormais pour intégrer la prévention de la maladie et la Promotion de la santé. Pour y arriver, cinq axes stratégiques d'actions ont été identifiés : 1) élaborer une politique publique saine ; 2) créer des milieux favorables ; 3) renforcer l'action communautaire ; 4) acquérir des aptitudes individuelles ; et 5) réorienter les services de santé. Près de trois décennies après la Charte d'Ottawa, qu'en est-il vraiment de la réorientation des services de santé au regard de la Promotion de la santé ? Pour répondre à cette question, nous allons discuter le bilan propre à cet axe, tout en analysant les différents éléments et facteurs qui ont contribué à un tel bilan, jugé mitigé par une large partie de la littérature.

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-2.htm>

ARTICLES

« Plate-forme intersectorielle du Sud entre Sambre et Meuse : une application locale de la Promotion de la santé en Belgique », Martine Bantuelle, in Santé publique, 2016/6, vol. 28, p. 755-758.

Les éléments constitutifs du dispositif « Plate-forme intersectorielle du Sud entre Sambre et

Un trimestriel pour interroger sous des regards différents les thèmes liés aux usages de drogues, la promotion de la santé et les politiques et pratiques sociales en matière de jeunesse.

Retrouvez tous les numéros sur le site :
www.prospective-jeunesse.be

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

Milieux de vie

- Famille et parentalité (n^{os} 22, 24, 42, 43, 44, 49)
- L'école (n^{os} 3, 4, 6, 25, 29, 55, 57, 64, 67, 77-78)
- La fête (n^o 35)
- Le monde du travail (n^o 26)
- La prison (n^{os} 13, 16, 40, 65)
- Milieu du sport (n^o 53)

Produits et leurs effets

- Plaisir (n^{os} 7, 8, 9, 10)
- Dépendance (n^o 39)
- Drogues de synthèse (n^{os} 14-15)
- Cannabis (n^{os} 18, 20, 21, 72)
- Alcool (n^o 32)
- Tabac (n^o 33)
- Alicaments (n^o 19)
- Ordinateur et internet (n^{os} 47, 69, 58, 77-78)
- Amour (n^o 48)

Pratiques professionnelles

- Promotion de la santé (n^{os} 31, 34, 56, 61, 71, 73, 77-78, 82)
- Pratiques de prévention (n^{os} 31, 50-51, 59, 60, 63, 70, 80)
- Réduction des Risques (n^{os} 27, 28, 54, 79)
- EVRAS (n^o 76)
- Représentations (n^o 46)
- Secret professionnel (n^o 23)
- Travail en réseau (n^{os} 45, 66)
- Soins aux usagers (n^{os} 41, 52)
- Participation (n^{os} 67, 68)

Contextes d'usage

- La loi et la répression judiciaire (n^{os} 1, 2, 38, 65, 72, 79)
- Pauvreté, marginalité et exclusion (n^{os} 11, 12, 36, 37)
- Culture et consommation (n^{os} 5, 17, 30, 58, 62, 77-78, 81)

ABONNEMENT ANNUEL gratuit ou de soutien

Prix au numéro : 4 euros *Frais d'envoi compris*

Numéro de compte bancaire: BE04 2100 5099 0831

Formulaire d'abonnement ou de commande au numéro

Institution

Nom Prénom

Téléphone Courriel

Adresse de livraison

Rue Numéro

Code postal Ville

Pays

Type d'abonnement (entourez votre choix)

L'abonnement est gratuit

Toutefois vous pouvez souscrire à un abonnement de soutien (24 euros)

- Je désire souscrire à un abonnement de soutien oui non

- Je souhaite une facture oui non

Commande au numéro Nombre désiré et numéros

Date Signature

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

82

Périodique trimestriel
Été 2018

Prospective Jeunesse, Drogues | Santé | Prévention
est un trimestriel lancé en décembre 1996.

Lieu interdisciplinaire de réflexion, de formation et d'échange d'expériences, d'idées, de points de vue, cette revue interroge sous des regards différents des thèmes liés aux usages de drogues, à la promotion de la santé et aux politiques et pratiques sociales en matière de jeunesse.

Chaque numéro aborde un thème particulier.

Celui-ci est consacré à la Promotion de la santé.

Pour consulter les sommaires des numéros parus ou
contacter l'équipe de rédaction, visitez le site :

www.prospective-jeunesse.be

Avec
le soutien de la



Wallonie

Avec le soutien de la Région Wallonne
et agréé par la Commission communautaire française
de la région de Bruxelles-Capitale

