

# Synthèse et mise en perspective par les Services Communautaires de Promotion de la Santé

**Chantal Vandoorne** (APES-ULg)

**Alain Cherbonnier et Bernadette Taeymans** (Question Santé asbl)

**Carole Feulien et Sandrine Roussel** (RESO-UCL)

**Damien Favresse** (SIPES-ULB)

---

## PRÉAMBULE

Les objectifs annoncés des tables rondes Assuétudes étaient les suivants : « *A partir d'un état des lieux et de l'analyse des points forts et des points faibles du dispositif de prévention des assuétudes en Communauté française, repérer les besoins non couverts par les structures actuelles, recueillir les propositions d'amélioration et identifier des perspectives et des priorités pour le futur.* »

Toutefois, la méthodologie retenue n'a permis de rencontrer que partiellement cet ambitieux objectif. Une rapide analyse permet d'en relever les éléments d'explication suivants.

Les acteurs présents dans les ateliers ne disposent pas tous d'une vision d'ensemble de la problématique et des dispositifs. Aussi la distinction entre projets spécifiques et dispositif n'a-t-elle pas toujours été claire. Quant à l'état des lieux, il ne peut se prétendre exhaustif : à supposer même qu'il se limite à la somme des projets, les différentes catégories d'acteurs concernés n'étaient pas toutes représentées. En particulier, il faut insister sur la très faible représentation d'acteurs de première ligne non spécialisés en matière d'assuétudes, mais qui sont en contact direct avec les usagers ou la population concernée : les directions d'école, les enseignants, les éducateurs, les familles, les professionnels et les promoteurs des lieux festifs, les utilisateurs divers des services de prévention... Leur avis serait pourtant essentiel pour fonder un état des lieux au plus proche des réalités. Ces acteurs sont en effet les premiers concernés par les interventions de proximité.

Ainsi, les participants sont en grande majorité des porteurs de projet. Il n'est pas surprenant qu'ils aient tenu à rendre compte au politique, au pouvoir subsidiant, du bien-fondé de leur action, à faire valoir l'existant et à exprimer les avancées nécessaires à assurer la qualité de celui-ci. Ces caractéristiques entraînent deux types de conséquences quant aux orientations de l'état des lieux :

- Les besoins sont essentiellement des « besoins de services », dérivés des besoins du public ultime tels que perçus par les intervenants du secteur assuétudes. Ces tables rondes ne peuvent évidemment prétendre refléter de manière directe les attentes et les situations problématiques telles que vécues par la population elle-même, soit dans ce cas essentiellement les jeunes et leur entourage.

- Les participants ont surtout identifié des facilitateurs internes aux équipes (la motivation, l'expérience acquise, la mise en place de concertations locales et de partenariats...) et des freins plutôt externes (le mode de subventionnement, la non-reconnaissance...).

L'organisation des tables rondes en cinq ateliers de courte durée n'a pas toujours permis à l'ensemble des acteurs présents de s'exprimer, faute de temps, ni de respecter le canevas prévu pour ces échanges. Dans certains ateliers, la longueur des présentations n'a guère laissé de place au débat ; dans d'autres, ceux-ci ont été plus fournis. La substance du présent rapport est donc, selon les cas, issue principalement des présentations des orateurs ou des interventions des participants au débat. Malgré cette différence dans les sources des discours, il faut relever le relatif consensus sur les divers points abordés. Ainsi les tables rondes ont-elles au moins le mérite d'offrir une appréciation actualisée du vécu du dispositif par les acteurs de terrain présents.

Enfin, il importe de mentionner que l'objectif d'une actualisation explicite des recommandations émises par le Collège d'experts en son rapport de juin 2005<sup>4</sup> était peu réaliste vu les modalités d'organisation de cette journée. Cela aurait supposé soit une connaissance préalable approfondie de ce rapport par les participants, soit une présentation de celui-ci en début de journée. Si quelques intervenants ont évoqué certaines recommandations émises à cette époque, un travail de comparaison systématique des apports de ces tables rondes avec le rapport du Collège d'experts s'est avéré impossible. Sans doute cette comparaison sera-t-elle plus opportune à réaliser après la table ronde commune de la Communauté française, de la Région wallonne et de la Commission communautaire française de la Région bruxelloise.

Outre ces remarques sur l'organisation et la méthodologie des tables rondes, il semble nécessaire de mettre en perspective quelques éléments avancés lors de celles-ci. Certains d'entre eux peuvent en effet paraître peu fondés, notamment l'absence d'outils d'évaluation, d'accompagnement ou de formation. Des outils pratiques ou méthodologiques existent, ils sont accessibles et il est possible de se former à les utiliser. Sur le plan de l'évaluation, des mesures d'accompagnement sont offertes par les SCPS et les CLPS. Par contre, il faut constater que la formation initiale des professionnels de la santé ne prévoit encore que trop rarement un module d'éducation/promotion santé ou d'éducation du patient.

Malgré ces réserves, il conviendrait de donner un sens aux difficultés ainsi exprimées. Plusieurs hypothèses peuvent certes être formulées, mais il n'est pas possible de les (in)valider sur base des données recueillies. Il pourrait tout simplement s'agir de la difficulté d'atteindre les objectifs fixés en regard des ressources mobilisables et des contraintes rencontrées. Or, nous l'avons souligné ci-avant, les contraintes sont essentiellement décrites comme extérieures.

Bien que le « secteur assuétudes » comprenne divers organismes œuvrant auprès de publics spécifiques et qu'il développe des approches parfois notablement différentes, il présente une cohérence certaine. Soulignons néanmoins deux particularités.

---

<sup>4</sup> Collège d'experts en assuétudes, Constats et recommandations en vue d'un plan concerté en matière d'assuétudes (RW/CF/CCF), juin 2005.

Les acteurs de la réduction des risques éprouvent le sentiment d'être confinés dans l'expérimentation malgré des années de pratique et l'adhésion des bénéficiaires et des professionnels à l'égard de ce type d'intervention. Ils ressentent un décalage entre la reconnaissance obtenue sur le terrain et celle du politique et de la société. De sorte qu'ils défendent notamment le besoin d'être davantage reconnu par le politique (cadre légal, cohérence interministérielle, etc.) pour pouvoir étendre leur démarche à davantage de bénéficiaires. Ces sentiments sont probablement à rattacher à la place singulière de la réduction des risques. Premièrement, en tant que stratégie d'action transversale aux divers champs d'intervention (prévention, soins, promotion de la santé) et aux différentes compétences ministérielles, elle se trouve dans une place secondaire par rapport à ces secteurs d'intervention et à ces politiques ; elle ne dispose pas de place particulière et n'est pas ouvertement défendue par un ministère. Deuxièmement, étant une stratégie relativement récente, la réduction des risques est davantage sujette à être considérée comme une démarche devant faire ses preuves ; elle ne fait pas l'objet d'un consensus social.

La prévention du tabagisme, quant à elle, n'apparaît pas comme un thème très porteur actuellement. En témoigne le petit nombre de participants à cet atelier. Les acteurs présents n'échappaient pas à un certain découragement. Paradoxalement, certains dénoncent la banalisation du tabac mais conçoivent leurs interventions avant tout selon l'approche globale. On peut s'interroger sur cet essoufflement de la prévention du tabagisme, alors que ce secteur se décrit comme distinct de celui des assuétudes (certains acteurs soulignent même les conflits avec ce dernier). Le manque de reconnaissance perçu de la part des politiques, mais aussi du secteur scolaire et des autres acteurs, est ici particulièrement criant.

Après cette mise en perspective, les pages qui suivent proposent une synthèse qui se veut fidèle aux échanges tenu dans les ateliers du 21 mai 2010. Cette synthèse a été structurée de façon à mettre en évidence les dimensions communes aux ateliers, mais au départ de discours et d'exemples spécifiques.

---

# 1. LES POINTS FORTS DU DISPOSITIF ACTUEL

Malgré l'absence de politiques concertées, les dispositifs existants ont permis le développement d'une diversité de savoirs et de savoir-faire. Tout en assurant la reconnaissance de certaines approches ou de certains services spécifiques, ils ont permis le développement de concertations locales qui favorisent la complémentarité entre ceux-ci.

## *1.1. Une diversité et une complémentarité de compétences des acteurs dans le cadre d'une approche globale et intégrée*

Cette diversité s'est ancrée dans une vision cohérente de la prévention parmi les organismes de prévention. Elle est soutenue par l'implication et la motivation des intervenants et par le décret de promotion de la santé.

Le secteur bénéficie d'équipes d'intervenants fortement motivées et investies dans les actions. En outre, de par l'expérience acquise dans les interventions, ceux-ci bénéficient d'une bonne connaissance de leur public. Ainsi en matière de réduction des risques, il est nécessaire pour répondre aux multiples demandes des usagers, que les intervenants puissent assurer une multitude de fonction et intégrer diverses approches dans leurs interventions.

Le décret permet d'inscrire une thématique particulière – dans le cas présent, les assuétudes – dans une approche globale en matière de santé. Cette approche fournit un cadre favorable à des projets qui appréhendent la complexité de la prévention des assuétudes. Elle n'est pas stigmatisante pour les personnes. Elle permet de prendre en compte la complexité du problème, ne se satisfait pas de recettes et ne se focalise pas sur les produits ou sur des boucs émissaires (les drogués, les parents, les enseignants, etc.). Le décret encourage l'intersectorialité, favorise le travail en réseau et incite à une dynamique participative. Le décloisonnement des pratiques permet une approche multiple et dans les différents milieux de vie.

Un certain nombre de participants ont insisté sur l'existence, sur le terrain, d'interventions menées selon une approche globale et intégrée. Parmi les pratiques qui portent leurs fruits et qui sont valorisées par le décret, on notera :

- se centrer sur le jeune et partir du sens qu'il donne à ses comportements ;
- laisser la place à l'expression.
- mettre le jeune en projet ;
- éduquer à un regard critique ;
- travailler en proximité ;
- ne pas tout focaliser sur le « public cible » (les personnes qui vont moins bien, et celles qui sont « potentiellement vulnérables ») mais également :
  - sur l'entourage, la famille, les accompagnants sociaux et éducatifs, les producteurs et les distributeurs, sur ceux qui vont bien et qui peuvent être des leviers pour d'autres ;

- sur les jeunes qui « vont bien » pour les soutenir et valoriser les ressources de chacun par des dynamiques participatives.

Ces principes d'intervention sont relevés comme facilitants par les acteurs de la réduction des risques. Selon cette stratégie, les interventions se basent habituellement sur les demandes des usagers, se construisent sur une relation d'échanges entre usagers et professionnels, bien souvent dans les lieux d'usage. Elles permettent ainsi la mise en place d'une approche participative, personnalisée, globale, respectueuse des bénéficiaires. Ce type d'approche constitue un moyen de favoriser, d'une part, l'adhésion du public qui se sent reconnu et non jugé et, d'autre part, l'adhésion des partenaires locaux (maison de jeunes, centre de planning familial, etc.) qui partagent les mêmes valeurs citoyennes. Concernant l'adhésion des organisateurs d'événements festifs, cette approche se trouve facilitée lorsque le projet ne se centre pas uniquement sur les produits illicites mais sur tous les problèmes et besoins inhérents au milieu festif (exemple : formation à la communication verbale non violente).

Au crédit du dispositif, on note aussi l'existence de structures d'appui :

- Des organismes et des intervenants (par ex. Infor Drogues, Nadja, les Points d'Appui Assuétudes) ont acquis une expérience, des compétences ; ils proposent des processus, des outils...
- Les Points d'Appui Assuétudes sont des projets-pilotes qui ont pu s'appuyer sur la connaissance du terrain par les CLPS et travailler en s'ouvrant à d'autres questions, en renforçant des collaborations, en instaurant un dialogue constructif.

## *1.2. La reconnaissance politique d'approches spécifiques ou de services*

La reconnaissance par le politique est toujours accueillie comme favorisant des pratiques de qualité : elle permet, selon les cas, la continuité, la spécificité des approches ou la concertation.

### 1.2.1. La reconnaissance favorise la continuité

La reconnaissance des services spécialisés en toxicomanie passe par un « contrat de confiance » entre ceux-ci et le pouvoir subsidiant. Les services bénéficient d'un agrément à durée indéterminée assorti d'un système d'évaluation permanente.

### 1.2.2. La reconnaissance favorise l'émergence d'approches spécifiques

C'est le cas notamment pour la réduction des risques, qui s'adresse à un public spécifique, soit d'usagers festifs qui ne sont pas dans une logique de dépendance, soit d'usagers dépendants qui sont en périphérie de l'accompagnement thérapeutique. Les acteurs de cette stratégie d'action constatent que le subventionnement de projets locaux par la Communauté française favorise non seulement le soutien des pouvoirs publics locaux mais aussi la collaboration des professionnels des milieux festifs. De même, lorsqu'il y

a une adhésion forte des pouvoirs politiques locaux, les partenariats avec les acteurs locaux sont beaucoup plus aisées (partenariat public/privé, partenariat marchand/non-marchand, etc.).

A contrario, la banalisation du tabac dévalorise le travail des intervenants. Ceux-ci déplorent un manque de reconnaissance de la part de la société et des pouvoirs subsidiants.

### 1.2.3. La reconnaissance permet le développement de la concertation

Certaines initiatives bénéficient de la reconnaissance, sur le plan institutionnel et local, de la pertinence d'une dynamique de concertation entre tous les acteurs. Ainsi en est-il de l'implication de la Santé et de l'Enseignement par exemple au niveau des Points d'Appui Assuétudes. Certains financements plus pérennes (notamment le Plan wallon sans Tabac) permettent de mettre en place des projets sur la durée

Qu'ils soient spécifiquement reconnus ou non, les réseaux et les dynamiques de concertation intersectorielles qui ont pu se développer sont considérés comme des garants de la qualité des pratiques. Le partenariat augmente l'efficacité, la cohérence des actions entreprises et démultiplie l'énergie fournie par chaque service.

#### Des réseaux entre praticiens d'une approche spécifique

La mise en place et le développement de réseaux de professionnels de la réduction des risques sont considérés par les intervenants comme facilitant la réalisation de leurs programmes et actions. Ce côté facilitant provient du fait qu'ils permettent des échanges d'informations et de compétences entre les partenaires et qu'ils sont un moyen de garantir la cohérence et la qualité des actions de réduction des risques.

#### Des réseaux pour établir la complémentarité

Pour faire face au morcellement des compétences, les acteurs ont mis en place des concertations au niveau local. Le travail de concertation initié entre les acteurs de terrain au niveau local constitue un élément facilitateur pour mettre en place des actions cohérentes et concertées. La concertation permet un travail de complémentarité entre les acteurs, admettant au demeurant l'existence de zones de spécificités propres à chacun. Elle leur permet de mieux percevoir la place qu'occupe chacun, mais aussi de détecter de nouveaux partenaires et les manques à combler.

Il s'agit d'un véritable travail de réseau. Les participants souhaitent pouvoir continuer dans cette voie car elle favorise la circulation de l'information, réduit les risques de chevauchement et permet une pérennisation des actions. Ils souhaitent aussi que ce travail soit reconnu.

#### Un décloisonnement pour faciliter les actions

Il existe des projets en cours de réalisation, qui mettent en œuvre un certain décloisonnement pour favoriser le travail en réseau. Le décloisonnement permet

des actions concertées, il peut être tant interne (l'interface clinique/prévention au sein d'une même institution a été citée) qu'externe : les partenariats intersectoriels, par exemple entre l'Aide à la Jeunesse et le secteur Toxicomanie. On constate même que les partenariats entre acteurs très différents font les projets les plus durables et qu'ils permettent de voir au-delà de la question des « drogues » (vision plus globale).

Un autre exemple de concertation a été évoqué dans le cadre d'un PST : des acteurs de plusieurs secteurs hors du champ de la prévention en Région wallonne ou Communauté française (bourgmestre, acteurs du plan sécurité, etc,...) ont échangé autour de ce qui est permis et souhaitable par rapport à l'alcool, ainsi que de leurs propres consommations ; c'est dans un deuxième temps que l'on a alors obtenu plus de clarté sur les types d'alcool disponibles à la consommation pour les jeunes.

## 2. LES POINTS FAIBLES DU DISPOSITIF

### *2.1. Un manque de cohérence dû à l'éclatement des compétences institutionnelles*

La question des assuétudes demanderait une approche globale et systémique qui se heurte à la division institutionnelle entre Régions wallonne et bruxelloise, Communauté française, Etat fédéral (auxquels une participante a même ajouté les Provinces).

Cet éclatement des compétences sur le plan politique, le manque de passerelles entre les divers domaines de compétences, le manque de concertation ne facilitent pas un travail coordonné. Les conséquences de cet éclatement sont le plus souvent exprimées au travers des mécanismes de financements qui seront détaillés ci-après.

Toutefois on relève que cet éclatement favorise aussi le maintien des ambiguïtés qui existent dans la société quant à certains messages ou objectifs de prévention : manque de convergence entre les objectifs économiques et de santé publique pour les substances licites, incohérence entre les préoccupations sécuritaires et les objectifs de santé publique pour les substances illicites.

A l'école, par exemple, malgré certaines directives, il n'y a pas de ligne claire. Une grande variété d'intervenants y font de la prévention : la police qui vient parler des drogues, parfois même faire des descentes musclées, ou encore proposer des programmes de développement personnel; les intervenants de certains dispositifs communaux, les associations de prévention des assuétudes et encore d'autres de façon plus ponctuelle, dont des sectes ou des représentants de secteurs commerciaux (alcooliers).

Enfin, l'approche globale préconisée en matière de prévention des assuétudes se doit d'agir sur les déterminants transversaux des contextes, des comportements, représentations, et modes de vie. Cette approche nécessite un travail sur la durée qui s'accommode mal avec les logiques de financements par projets ponctuels, limités dans le temps, centrés sur la production de résultats à court terme.

## 2.2. *Un cloisonnement difficile à dépasser*

Par ailleurs les logiques de déploiement d'une action ne correspondent pas aux découpages territoriaux et sectoriels. Ainsi, le recueil d'informations au travers des activités mises en place grâce au financement d'une entité permet par exemple de mieux définir les besoins pour tous les territoires. Certaines stratégies qui chevauchent les secteurs d'activités (testing de pilules, retour à domicile des usagers) ne peuvent être appliquées en l'absence de politique interministérielle.

Un frein considérable se situe dans la construction de partenariats (lesquels constituent par ailleurs un atout de taille lorsqu'ils fonctionnent bien). Ceux-ci se révèlent fréquemment difficiles ou impossibles à monter, non seulement parce qu'ils effraient les partenaires potentiels en raison de la charge de travail supplémentaire qu'ils représentent en temps, en énergie et en communication, mais aussi parce que les différents secteurs restent trop souvent cloisonnés, centrés sur leur culture, leur langage, leur mode de fonctionnement et de financement. Mais ce cloisonnement se retrouve dans la sphère politique ; l'idée de décloisonnement, de transversalité passe très difficilement auprès des différents ministres

Sans engagement politique clair à l'égard d'actions nécessitant des accords interministériels, l'engagement des acteurs locaux dans des actions de réduction des risques est plus ou moins souvent compromis, et les pressions d'acteurs locaux sur d'autres sont fréquentes. On relève ainsi la frilosité de certains organisateurs d'événements festifs ou de soirées qui craignent des réactions politiques en retour d'interventions menées à l'égard de l'usage de substances prohibées. Cette frilosité peut empêcher la mise en œuvre d'actions ou remettre en question une partie des actions menées de par le passé dans un événement festif. Si, par exemple, l'organisateur d'un festival est d'accord avec le projet mais que la police ne l'est pas, ce dernier ne va vraisemblablement pas s'y engager.

Dans un autre domaine, on relève la position de l'Institut de formation continue de la Communauté française, qui organise en interréseaux la formation des enseignants, des PMS, etc. Il y a incohérence : les services PSE n'y ont pas accès, contrairement aux CPMS. De plus, depuis deux ans, la thématique drogues n'est plus proposée dans les formations de l'IFC.

## 2.3. *Les conséquences dommageables des mécanismes de financement sur la qualité des services*

### 2.3.1. La multiplicité des sources de financement peu coordonnées peut entraîner des lacunes dans la politique de la prévention

Ainsi, certaines stratégies et dimensions transversales, essentielles pour la prévention des assuétudes, risquent de ne pas être financées en l'absence de concertation entre les diverses sources de financement (par exemple le problème des co-dépendances, la réduction des risques, la difficulté de concertation entre les organismes actifs dans la prévention du tabagisme et dans la prévention des

assuétudes) ; à l'inverse, pour d'autres dimensions, on relève un risque de chevauchement et de saupoudrage des financements au détriment de dynamiques cohérentes et concertées.

L'absence de financement ou l'inadéquation des critères de financements attribués par les entités fédérées à des projets locaux peut entraîner des insuffisances dans la couverture géographique. Pour certains projets, en l'occurrence ceux qui concernent des substances illégales, cette insuffisance de couverture géographique est en partie liée à la présence ou à l'absence d'un partenaire politique local qui soutient les actions de réduction des risques et permet leur développement au niveau local. Les financements locaux sont plutôt attribués en fonction de la densité de la population qu'en fonction des besoins réels. Dans les zones de forte densité, ils sont attribués à une multitude d'associations spécialisées alors que, dans les zones de moindre densité, la variété de services à rendre est aussi importante mais assurée par un petit nombre d'associations polyvalentes (prévention en milieu scolaire, intervention en milieux festifs, accompagnement psychosocial de détenus, travail de rue...) sur plusieurs thématiques tabac, alcool, cyberdépendances, etc.

Les services PSE manquent de moyens et ont en général beaucoup de mal à développer une promotion de la santé qui ait de l'envergure et qui ait sa place à part entière dans les programmes scolaires. Une direction de centre PMS souligne le manque de médecins pour intervenir dans les écoles. En effet, les jeunes du quartier manquent souvent de cadre, d'un environnement adéquat pour que leur santé soit suivie avec tout le sérieux nécessaire.

Le même phénomène est dénoncé pour le secteur de l'Aide à la Jeunesse. On y retrouve un public démuné par rapport aux assuétudes. Il faut développer des supports, apporter des appuis, des moyens pour soutenir les éducateurs face à cette question. Il y a un manque de moyens de part et d'autre, pour créer des synergies, collaborer. On pourrait faire la même remarque par rapport à d'autres secteurs.

### 2.3.2. La multiplicité des sources de financement fragilise les organismes de prévention

Afin de mener à bien leurs actions, les organismes, notamment ceux qui développent la réduction des risques, sont souvent obligés de multiplier des sources de financement. Cette multiplication fragilise les institutions qui sont dépendantes de plusieurs niveaux de pouvoir politique, de plusieurs projets. Elle accroît aussi la lourdeur administrative et se révèle chronophage : temps à consacrer à la maîtrise des différentes procédures pour obtenir des financements, à l'organisation et à la répartition de différentes activités entre les membres.

### 2.3.3. La multiplicité des sources de financement jointe au mécanisme de financement par projet introduit de la concurrence et une iniquité entre les organismes

Ces mécanismes de financement engendrent une relative concurrence entre certaines associations pour l'obtention des ressources. Ce faisant, ils favorisent

les grosses institutions qui peuvent saisir les opportunités et dégager du temps pour répondre à divers appels d'offre et monter des dossiers parfois complexes. Outre la nécessité de dégager du temps, la complexité de ces procédures et les modalités de versement des subventions découragent les petits promoteurs en faveur des grosses institutions et services.

#### 2.3.4. Les financements ponctuels par projet favorisent la discontinuité des services et l'instabilité des équipes

Le financement par projet dévalorise le travail des équipes qui travaillent sur le long terme. Créant une insécurité d'emploi endémique, ils sont responsables d'un important turn over dans les équipes, qui empêche le transfert des compétences et ne favorise pas la continuité des projets. On souffre donc de difficulté à constituer, à maintenir et à valoriser un capital de savoir-faire, d'expériences, de contacts.

Les contraintes budgétaires pour assurer des actions de qualité telles que, par exemple, le coût des analyses en laboratoire des nouvelles drogues de synthèse, ou encore les financements par projet d'actions à mener sur le long terme sont vécus également comme un élément ne favorisant pas le suivi continu des bénéficiaires. Cette discontinuité est vécue par certains intervenants comme un frein à la possibilité d'induire des changements de comportements.

En conclusion, les participants estiment qu'un financement par service serait plus conforme à leur philosophie de travail et à leurs attentes en termes de qualité et de continuité des actions. Par ailleurs, en sus des difficultés liées aux mécanismes de financements, les participants dénoncent un financement globalement insuffisant pour réaliser des interventions de qualité en promotion de la santé.

### 2.4. *Les manques de visibilité et de communication*

Le manque de visibilité est surtout pointé en relation avec la promotion de la santé. Il est difficile que les autres secteurs d'activité s'intéressent au secteur de la promotion de la santé. Par exemple, au-delà des assuétudes, la santé n'a quasiment pas de place ni de reconnaissance dans l'école. Ainsi, peu d'établissements scolaires sont demandeurs de projets liés au tabagisme. Il n'est par conséquent pas toujours aisé pour les intervenants d'entrer en contact avec ce public. Pourtant, les participants attirent l'attention sur le fait que l'application de l'interdiction de fumer pose encore des difficultés dans certaines écoles.

Certains acteurs lient ce manque de visibilité à l'absence de formation intersectorielle, ce qui rejoint la remarque faite plus haut (p. 8) à propos de l'IFC. D'autres participants pointent le manque de moyens consacrés à l'évaluation mais, au final, c'est surtout la disproportion des budgets consacrés à la prévention qui est mise en évidence : prévention sécuritaire d'un côté, prévention médicalisée de l'autre (qui grapille petit à petit le budget de la promotion de la santé). Ce manque de moyens est mis en relation avec la difficulté pour la promotion de la santé de se faire entendre et de peser sur les décisions.

Dans le domaine particulier de la réduction des risques, c'est la mauvaise qualité de la communication qui est mise en avant. En décalage avec l'acceptation et la bonne compréhension des praticiens et bénéficiaires sur le terrain local, l'opinion publique, les politiques et les médias relayent des représentations erronées de la réduction des risques comme incitant à la consommation.

## *2.5. Trop peu de lieux de coordination et d'échanges entre les professionnels du champ*

Parmi les éléments favorables aux actions de prévention, peu de facilitateurs « extérieurs » ont été cités, il s'agissait surtout d'atouts dont disposaient les services (méthodologie collective et participative, adaptabilité aux demandes...) voire de leurs productions propres (outils, enquêtes...). De même, une participante précisait que, si le travail en réseau existait, c'était grâce aux initiatives du terrain plutôt qu'à une véritable initiative institutionnelle. Cependant dans les faits, il y a peu de lieux pour discuter entre professionnels.

Ainsi, l'absence ou l'arrêt du financement de coordinations communautaires par rapport à certaines stratégies (réduction des risques) ou certaines thématiques (alcool) est considérée comme une faiblesse qui pourrait remettre en cause la qualité des interventions. La suppression du réseau festif communautaire « drogues risquer moins » compromet l'utilisation de jobistes considérés comme des éléments centraux des actions locales (sensibilisation des autres jeunes, participation à la mise à jour des outils de réduction des risques, etc.) et la garantie de mener des actions de qualité. En matière de prévention autour de la consommation d'alcool et des consommations chez les jeunes, beaucoup d'initiatives se développent, parfois avec des stratégies totalement différentes ; on souffre donc du manque de concertations et d'échanges

- Certains craignent une réappropriation des interventions par des organismes qui les détournent de leur finalité en leur donnant une connotation sécuritaire ou moralisatrice (dans le domaine de la réduction des risques ou de la prévention des drogues) ou en préservant les enjeux économiques (dans le domaine de l'alcool et du tabac).
- Il n'y a plus de garant d'une dissémination et d'un développement systématique des actions sur l'ensemble du territoire ou vers l'ensemble des publics qui seraient particulièrement concernés (par exemple la population carcérale ou les milieux sportifs).

Par ailleurs, les participants estiment que le manque de connaissances en matière de promotion de la santé et d'éducation pour la santé des acteurs médicaux et paramédicaux de 1<sup>ère</sup> ligne met à mal les actions mises en place dans le secteur. Les participants indiquent que ces professionnels sont rarement formés à l'éducation pour la santé. S'ils le sont, c'est dans le cadre de la formation continue, sur base tout à fait volontaire. Ces acteurs sont pourtant, du point de vue des participants, des leviers pour les actions de terrain. La question de la formation du personnel déjà en place se pose également.

Sur la question de l'alcool, on signale un manque d'outils, de moyens matériels, de moyens d'évaluation et d'analyse des besoins :

- Si beaucoup de gens travaillent sur cette question de l'alcool, les études scientifiques sont rares et les acteurs de prévention manquent de données, notamment absence d'une veille sur les discours et pratiques commerciales en matière d'alcool.
- S'il existe des outils pour la mise en œuvre de projets, les intervenants ne savent pas toujours comment les utiliser. Ils ont besoin d'un accompagnement.

## *2.6. L'absence de demande ou de compréhension des objectifs de prévention par le public cible et par les relais non spécialisés*

### 2.6.1. Du côté de la population

Les acteurs de prévention estiment que celle-ci passe par le travail sur l'amélioration du bien-être ; cependant cela peut s'avérer difficile car le public demande plutôt que l'on s'attèle de façon spécifique à un problème (approche pasteurienne). La complexité des facteurs causaux rend difficile une compréhension de ces stratégies de prévention par le public. On mentionne également un manque de clarté sur ce qui est autorisé ou ne l'est pas au niveau du jeune, notamment dans le domaine de la vente des boissons alcoolisées.

Les intervenants se disent découragés face aux résistances des adolescents vis-à-vis des campagnes de prévention. Ils éprouvent parfois un sentiment de culpabilité (de ne pas arriver à mener leurs missions à bien). Les jeunes ont tendance à rejeter les approches basées sur l'autorité des experts. Cette situation souligne la pertinence d'une approche d'un autre type

La paupérisation de la population ne favorise pas le travail sur la thématique du tabac : les personnes en situation de précarité ont d'autres priorités. La dislocation des tissus sociaux et/ou familiaux rend en outre difficile la mobilisation des parents. Enfin, dans les milieux défavorisés, le tabac est investi comme symbole de contestation.

### 2.6.2. Du côté des acteurs généralistes, relais potentiels dans les milieux de vie

On continue à observer des réticences au sein des directions d'écoles, De grandes réticences s'observent également dans le milieu sportif, contrairement aux autres milieux « jeunes », qui sont déjà sensibilisés et peuvent mobiliser des ressources. Les objectifs d'action ne sont pas toujours en adéquation avec les demandes : celles-ci sont souvent ponctuelles et formulées dans l'urgence, alors que le travail devrait viser le « durable », avec des adultes-relais, des groupes de pairs, dans les milieux de vie (par ex. l'école). Dans ces milieux, c'est l'immédiateté qui prime, l'intérêt d'un travail de fond n'est pas assimilé ; or on ne peut pas faire l'impasse sur l'analyse des situations, le travail sur les

représentations, la construction et l'accompagnement de projets menés en concertation.

Le débat a aussi évoqué la collaboration entre les organismes de prévention et les pouvoirs locaux. Les politiques locales sont souvent difficiles à mobiliser **et** à sensibiliser à l'approche de promotion de la santé. Les organismes de prévention regrettent de ne pas trouver auprès des pouvoirs locaux une écoute assez approfondie sur la durée. Les mandataires locaux, selon l'un d'eux, auraient avant tout le souci de protéger la collectivité : ce n'est pas la même conception de la prévention que celle évoquée par les organismes qui dépendent de la santé. Un parlementaire renchérit en expliquant que les hommes et femmes politiques comprennent difficilement la promotion de la santé car ils sont pris par des questions immédiates, par la nécessité d'agir, de réagir sur le court terme. Un représentant de services PSE fait part de la difficulté que des services comme le sien éprouvent à se faire comprendre par une majorité de mandataires

Enfin, les mutations dans l'organisation des milieux de vie peuvent constituer des difficultés supplémentaires. C'est le cas pour les enseignants – surtout les jeunes qui, bien que plus ouverts que leurs aînés à une approche globale des assuétudes, ne sont pas titularisés et connaissent eux-mêmes un turn-over important. On a également évoqués les perpétuels changements dans les lieux festifs : nouvel événement, fermeture, changement de patron, turn-over des travailleurs, etc.

## *2.7. La question de l'évaluation reste un sujet de préoccupation*

La question de l'évaluation revient parmi les obstacles rencontrés ; le déficit d'évaluation est relevé, les participants estiment ne pas être suffisamment outillés pour mener une évaluation correcte de leurs actions. Celle-ci devrait davantage porter sur des indicateurs d'impact et de qualité. Or, il est extrêmement difficile d'évaluer l'impact des actions, et ce pour plusieurs raisons, parmi lesquelles :

- une raison fondamentale : « l'impact sur l'humain est difficile à démontrer », comme l'a exprimé un participant ;
- une raison d'ordre plus pratique : le suivi n'est pas possible avec les jeunes qui, au bout d'un an ou deux, « échappent » à toute évaluation ;
- une raison structurelle : il y a des difficultés à mettre en place une évaluation homogène entre les acteurs menant des actions semblables, à établir un consensus permettant d'évaluer un type d'action mené par une diversité d'intervenants.

## *2.8. La divergence d'intérêts entre le secteur marchand et le non-marchand*

La collaboration avec des acteurs du secteur marchand, lorsqu'elle s'avère nécessaire, ne va pas toujours de soi. Pour ces acteurs, la santé n'est habituellement pas leur priorité, et sa prise en compte ne doit pas interférer avec l'aspect commercial de leurs activités (méfiance à l'égard de la distribution d'eau gratuite, image des intervenants comme des casses-fêtes, etc.). Il en ressort

notamment que la mise en place de collaborations avec le secteur marchand exige un investissement important pour pouvoir dépasser ces craintes, un effort continu et une concertation pour trouver des compromis (exemple : souhait de campagne de communication de grande envergure).

Dans les collaborations avec le secteur marchand, une grande incohérence existe entre les politiques des différentes institutions. Plusieurs exemples viennent illustrer ce point : malgré les conflits d'intérêts évidents, on confie la prévention aux alcooliers ; le jury d'éthique publicitaire est presque exclusivement composé d'acteurs de la publicité et il définit son propre règlement.

### 3. LES PERSPECTIVES

#### *3.1. Les menaces, opportunités et besoins émergents*

Les perspectives développées ci-dessous s'inscrivent dans le bilan, dressé ci-avant, des points forts et points faibles du dispositif, qui ont été reformulés en synthèse sous l'angle des menaces et opportunités.

##### 3.1.1. Menaces

Les participants ont, au bout du compte, identifié trois sources de menaces pesant sur la continuité, la qualité et l'équité des interventions de prévention et de promotion de la santé.

##### Menaces liées aux modes de vie des usagers et aux représentations de la population

Dans un contexte de dégradations des déterminants sociaux de santé (conditions de vie, lien social...) :

- les risques sanitaires pris par les usagers dans leur consommation sont plus élevés si on n'organise pas une couverture suffisante des interventions par rapport aux territoires et aux contextes des consommations, notamment dans le cadre des interventions de réduction des risques ;
- la stigmatisation de certains publics peut amener un déficit de couverture par rapport à l'ensemble des publics concernés. Ainsi, la stigmatisation liée à une association systématique des jeunes et de l'alcool laisse oublier que les recommandations de l'OMS identifient trois groupes sensibles : les ados, les jeunes adultes sans emploi et les travailleurs vieillissants.

##### Menaces liées à l'insuffisance et/ou à l'incohérence des politiques

L'éparpillement et le fractionnement des compétences entre les différents niveaux de pouvoir et entités compliquent le travail des intervenants de prévention car les responsabilités spécifiques sont difficiles à identifier par les décideurs eux-mêmes ; pour les opérateurs, c'est source de pertes de temps, de moyens, d'énergie, car ils doivent multiplier les demandes et les contacts à divers niveaux de pouvoir.

Le manque de convergence dans les politiques menées apparaît dans l'augmentation de la présence du dispositif sécuritaire (recours à la peur, police dans les écoles, etc.), qui dispose de plus de moyens que les services et associations qui travaillent en promotion de la santé. D'autres menaces émanent du lobbying économique, notamment dans le domaine de l'alcool ou du tabac. Il est important de rééquilibrer les budgets entre le curatif, le sécuritaire et le préventif.

Ce rééquilibrage devrait intégrer un cadre légal pour la réduction des risques, notamment la définition de normes en termes de présence d'intervenants dans certains lieux festifs. Sans cadre légal, les intervenants restent dans une forme d'« artisanat » sans pour autant bénéficier des moyens humains et financiers pour garantir la qualité de leurs interventions. Sans cadre légal, le secteur n'est pas sur le même pied que les autres (thérapeutique, préventif) et se trouve assimilé à la prévention primaire tout en n'étant « pas vraiment de la prévention ». Par ailleurs certaines interventions provoquent une insécurité pour le personnel qui travaille dans des associations : ils détiennent des échantillons de substances illicites sans pour autant bénéficier d'une protection légale clairement établie

#### Menaces liées à l'insuffisance ou à la rupture des financements

Si le politique ne se préoccupe que de mesures et d'efficacité à court terme, que deviendront les actions et dispositifs existants qui ne manifesteront leurs effets que grâce à une continuité dans la mise en œuvre et des conditions pérennes d'implantation ? (Exemples : écoles et Points d'Appui Assuétudes, réduction des risques et coordination communautaire...) En l'absence de stabilité, on assiste à un essoufflement des institutions et même à la disparition de certaines équipes de prévention. Sur le plan qualitatif, la qualité des interventions (complémentarité et partenariats) suppose d'éviter de créer un contexte de concurrence pour l'octroi des financements. Par ailleurs, la crédibilité des projets chute quand leur continuité est incertaine ou faible : l'échelle devrait être de 5 ans au moins.

### 3.1.2. Opportunités et besoins émergents

Les opportunités s'ancrent sur les constats des points forts (complémentarité des acteurs du secteur assuétudes, reconnaissance politique des pratiques) susceptibles de favoriser la qualité des interventions. En sus de ces points, les participants ont essentiellement identifié des opportunités qui concernent le déploiement de leurs interventions, soit par le développement de partenariats intersectoriels, soit par la mise en place de stratégies d'action envers d'autres secteurs. Plus spécifiquement, les opportunités suivantes ont été rapportées.

- La possibilité de développer des actions qui ont du sens en termes de prévention, dans le cadre des plans de cohésion sociale des communes et du PST3 (plan stratégique territorial de la Région wallonne).  
Dans une perspective de promotion de la santé, les questions de l'affectif et de l'identité apparaissent comme fondamentales. Sur ce plan, l'observation sur le terrain montre une forte corrélation entre les assuétudes et la désinsertion sociale. Parallèlement, il y aurait aussi des liens à développer avec l'approche culturelle.

- Des approches bien argumentées, au plus proche des besoins, qui favorisent l'adhésion du public et le développement de partenariats intersectoriels (secteurs des assuétudes, de la jeunesse et de la santé).
- La réduction de la charge financière de l'associatif, par le développement limité et bien balisé de partenariats avec des institutions publiques ou commerciales.  
Dans le cadre de la réduction des risques, par ex., ces propositions de partenariats ne portent pas sur les interventions mais sur des adjuvants à la mise en place de celles-ci (exemples : test en laboratoire des nouvelles drogues de synthèse, production du stérifix).
- Plusieurs organismes sont associés pour développer un projet de formation diplômante en matière d'assuétudes. Cette formation serait destinée à des professionnels de différents secteurs (juristes, médecins, assistants sociaux, éducateurs...) et jetterait des ponts entre recherche et pratiques..
- De nouvelles demandes proviennent de l'enseignement primaire ; elles concernent la consommation d'alcool et de cannabis. Il paraît évident que le public des actions et programmes de prévention sera de plus en plus jeune à l'avenir, ce qui implique notamment de prévoir du temps pour se former à cette nouvelle donne.

### 3.2. *Les pistes*

Les participants espèrent surtout que la tenue de ces tables rondes amènera le développement d'actions concrètes, qui permettront de voir la diminution des approches par experts auprès des jeunes, des approches à dominante sécuritaire, des actions sans lendemain (one shot) et sans réelle collaboration avec les acteurs qui sollicitent les interventions de prévention.

#### 3.2.1. Renforcer le dispositif de promotion de la santé, le valoriser et rendre ses actions plus visibles, afin de mieux en exploiter les points forts

##### Créer des espaces des lieux d'expression au plus proche des milieux de vie

- Travailler en proximité locale et temporelle avec les collègues et la population, en particulier en renforçant les espaces de dialogue : groupes de parole, entretiens individuels, lieux de discussion entre parents et professionnels relais, accompagnement des écoles dans le renforcement ou la création de cellules santé... Il faut oser la rencontre et prendre le temps de créer et d'installer la relation.
- Prendre le temps d'écouter les jeunes pour mettre en place une approche globale, non centrée sur un produit, qui vise l'empowerment, se fonde sur le concept de santé positive, ne sépare pas trop le rationnel de l'affectif, rompe avec le stress, soit adaptée à chaque âge, centrée sur le sens et les souhaits, sur les demandes et besoins des public concernés.

- Prendre en considération les consommations dans l'entourage familial et pas seulement la consommation des jeunes ; pouvoir parler de « comment c'est la vie », d'identité et de culture : par exemple, en allant travailler dans les quartiers sur le ressenti global de familles, on peut plus facilement en relever les failles, les ressources et tenter de les renforcer.

#### Sans pour autant négliger certaines stratégies plus spécifiques

- Ne négliger aucune piste qui permette de retarder l'âge de la première consommation (en matière d'alcool, par exemple, présentation attractive de boissons sans alcool, carte des eaux, négociation avec l'Horeca pour une mise à disposition gratuite d'eau).
- Accompagner les fumeurs vers une vie sans tabac et développer des actions spécifiques de prévention du tabagisme qui tiennent compte des déterminants sociaux.
- Développer des stratégies de réduction des risques lorsque la prévention primaire est dépassée.

#### Et en développant des stratégies de communication qui mobilisent relais médiatiques et politiques

Notamment :

- des campagnes saisonnières ciblées (par exemple en matière de réduction des risques en milieu festif) ;
- la transformation des représentations individuelles et collectives autour des consommations d'alcool et des jeunes.

### 3.2.2. Un engagement du politique en faveur de la durabilité et du décloisonnement des interventions

#### Accroître la couverture géographique

L'enjeu est de toucher davantage les usagers et les publics concernés par les actions de prévention dans leurs milieux de vie.

#### Améliorer la cohérence interministérielle pour favoriser l'intersectorialité des interventions

Cela passe par davantage de concertation sur les objectifs entre les différents niveaux de pouvoir et par une meilleure articulation de leurs compétences.

- Accord sur les objectifs : faut-il viser à éviter les comportements de consommation excessive ou les conséquences de ces consommations excessives, ou encore à réduire le nombre d'alcooliques ? Vise-t-on à prévenir la dépendance, voire plus largement la surconsommation, ou à prévenir les risques aigus liés à la consommation ? Souhaite-t-on inscrire la prévention dans un projet qui a de l'ambition pour les jeunes, qui vise à les impliquer, à les faire participer et à travailler avec eux la quête de sens ?
- Mais il faudrait aussi instaurer un dispositif interministériel qui permette de monter des projets transversaux, en rendant les modes de financement et d'accompagnement plus cohérents voire communs (cofinancements, comités d'accompagnements communs, etc.)

### Construire les dispositifs et les pratiques sur la durée

Il s'agit de se donner le temps de mettre les choses en place, de les poursuivre, de les évaluer et d'avoir l'occasion de les réorienter. Pour ce faire, il importe de reconnaître le travail des équipes et d'y maintenir du personnel expérimenté. Ceci serait facilité par des agréments à durée indéterminée, assorti d'un contrat de confiance et d'une évaluation, dans le cadre d'une application de la charte associative.

### Accorder une reconnaissance légale aux services et un soutien à la standardisation des pratiques

Les professionnels de la réduction des risques sont particulièrement demandeurs d'un cadre légal à leurs actions mais aussi de critères de reconnaissance de leurs services. Ils souhaitent que le politique mette en place des mesures pour renforcer les moyens matériels qui faciliteraient le respect de standards de qualité pour leurs actions.

#### 3.2.3. Renforcer la formation et l'accompagnement des acteurs de première ligne

Ces acteurs de première ligne sont souvent démunis face à la prévention des assuétudes. C'est pourquoi il paraît nécessaire d'améliorer les conditions et les contenus des formations proposées aux travailleurs sociaux, aux acteurs de l'éducation et aux autres professionnels de terrain. Cela pourrait passer par l'introduction, dans les cursus de base, d'un volet promotion de la santé/éducation pour la santé, d'une sensibilisation à la question des assuétudes et de la réduction des risques.

Mais il faut aussi des dispositifs d'accompagnement : enseignants, éducateurs de rue, directeurs d'école, médecins, tous peuvent se sentir seuls et impuissants. Des espaces d'échanges intersectoriels pourraient éviter que ce décloisonnement ne reste le fait que des « bonnes volontés », ce qui implique des mesures incitatives à l'organisation de telles concertations.

#### 3.2.4. Soutenir la concertation et la construction de partenariats

- Permettre davantage de collaborations (même s'il en existe déjà, initiées par différents services et associations communautaires) entre les services et entre les gens, entre les acteurs de prévention et d'éducation, entre le curatif et le préventif :
  - en organisant des moments d'échanges de pratiques, d'expériences ;
  - en valorisant ces collaborations, en créant des incitants à la collaboration plutôt qu'en mettant en place de nouvelles coordinations ;
  - en leur offrant la possibilité de créer des méthodes de travail et de les mutualiser ;
  - en évitant de créer des rivalités pour l'obtention de subventions.
- Prévoir des moyens non seulement financiers, mais aussi organisationnels, qui permettent d'aménager des temps et des lieux spécifiques pour construire

actions et collaborations. Par exemple, en milieu scolaire, entre les Services PSE, les Centres PMS, les Points d'Appui Assuétudes confiés aux CLPS

- Développer et renforcer les réseaux d'acteurs internationaux, communautaires ou locaux à la fois sur des démarches spécifiques telles que la réduction des risques mais aussi sur des approches prenant en compte la problématique des assuétudes manière globale, non centrées sur les produits et couvrant de manière transversale l'ensemble des substances psycho-actives.

### 3.2.5. Libérer des moyens pour approfondir des questions spécifiques

#### Réduction des risques et tabagisme

Le Collège d'experts avait recommandé le développement d'une stratégie de réduction des risques en matière d'usage de tabac, à côté des stratégies visant l'abstinence ou l'arrêt. Les participants soulignent que la pertinence de la réduction des risques en cette matière est sujette à controverse au niveau scientifique.

#### Addiction aux jeux et prévention des assuétudes

Le « jeu pathologique » n'est pas une question suffisamment reconnue dans le secteur des assuétudes, or 1 à 2% de la population serait touchée par cette pathologie.

#### Effets des politiques menées en matière de tabac

Des études destinées à évaluer les effets de ces politiques (notamment des études longitudinales sur les jeunes en âge d'école secondaire) devraient permettre de prévenir dès que possible les effets néfastes de certaines mesures légales, économiques, sanitaires.