

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

71

Périodique trimestriel
hiver 2014

Santé publique et promotion de la santé

Politique du vivre ensemble

Santé publique, citoyenneté responsable

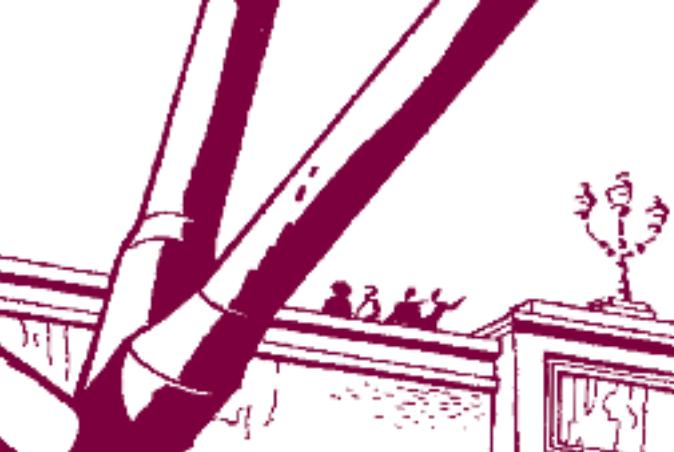
Florence Caeymaex

Les acteurs de promotion de la santé face à la VI^e réforme
de l'état: une identité affirmée, un avenir incertain

Julien Nève

Promotion de la santé mentale: le défi de la participation

François Wyngaerden



DEL EN FRANCE DROGUES DAN ETRE COMME CONSCIENCE FOR
RISQUES JEUNES CHOIX ÉCOLE ASSUÉTUDES SANTÉ FÊTE AL-
COOL ADDICTIOME NEARER MANIÈRE DEIND ÉDUCATION ADOLES-
CENCE JEU TA EXPÉRIENCES
DE SOI PROHI NABIS PRÉVEN
TOXICOMANIE TUDES SANTÉ F
ÉDUCATION AI CONDUITES À RISQUE EXPÉRIENCES SOINS ABUS CONSOM-
BATION ENNUI ESTIME DE SOI PROHIBITION GROUPE ECSTASY
DANCE DRO-
QUES JEUNES
ADDICTIONS
CENCE JEU TA-
EXPÉRIENCES
SOI PROHIBI-
S PRÉVENTION
XICOMANIE 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 quatre services :

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

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

Rédacteur en chef

Julien NÈVE

Comité d'accompagnement

Christine BARRAS, Pierre BALDEWYNS, Philippe BASTIN, Line BEAUCHESNE, Mathieu BIETLOT, Marc BUDO, Martine DAL, Christian DE BOCK, Christel DEPIERREUX, Damien FAVRESSE, Jean-Philippe HOGGE, Pascale JAMOULLE, Alexis JURDANT, Delphine MATOS DA SILVA, Julien NÈVE, Micheline ROELANDT, Patricia THIEBAUT, Jacques VAN RUSSELT, Arnaud ZARBO

Soutien administratif

Nadia MORTIAUX

Dessins

Jacques VAN RUSSELT

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



ISSN: 1370-6306



ÉDITORIAL

Bonne année, bonne santé!

À l'hiver 2011, évoquant la mobilisation des acteurs de promotion de la santé contre un projet de réforme de leur secteur, nous faisons un détour par la pensée de Félix Guattari pour illustrer ce que nous pensions être les prémisses d'un devenir collectif. Paraphrasant le philosophe psychanalyste, nous évoquions l'émergence d'un « agencement collectif d'énonciation », autrement dit la constitution d'un « groupe sujet » en opposition au « groupe assujéti ». L'entrain manifesté ne fut toutefois que de courte durée. Une fois le projet de réforme des dispositifs de santé cloué au pilori, très vite sonna l'heure du désagencement, venant ainsi confirmer l'évidence selon laquelle c'est avant tout à travers la résistance que le sujet se fait. Mais loin d'être assujéti, le collectif n'était en fait qu'assoupi, prêt à bondir dès l'apparition d'une nouvelle menace.

L'attente ne fut pas très longue. Moins de trois ans plus tard, la VI^e réforme de l'État allait fournir au secteur de la promotion de la santé l'opportunité d'un réagencement collectif. Partie prenante de cette lutte, Prospective Jeunesse se devait, une nouvelle fois, d'en rendre compte dans son trimestriel. D'autant plus que la mobilisation actuelle diffère de la précédente en ce qu'elle semble s'inscrire dans la durée. Il est vrai que l'enjeu est autrement plus important. Petit Poucet budgétaire, la promotion de la santé a été accrochée au train de la régionalisation sans réel dessein politique. Ce n'est donc pas tant la façon dont elle s'opérationnalise qui est en jeu, mais bien sa survie elle-même. Réalistes quant à l'intérêt que peuvent susciter les déboires institutionnels du secteur de la promotion de la santé chez la plupart de nos lecteurs (il y a, par exemple, fort à parier que la question, certes cruciale, de savoir pourquoi, à Bruxelles, la promotion de la santé a atterri à la COCOF plutôt qu'à la COCOM ne déchainera les passions que d'un groupe très restreint de spécialistes), nous avons fait le choix d'élargir le débat à celui plus large de la santé publique. Plus précisément, ce numéro interroge la ou les manières d'articuler santé publique et promotion de la santé.

Loin d'être réservée aux chamailleries de quelques élites technocratiques, la question de cette articulation nous concerne tous car elle est fondatrice de ce que d'aucuns nomment le contrat social. Pour Florence Caeymaex, elle conditionne notre définition du « vivre ensemble ». Une définition à laquelle participe chacune des contributions du présent numéro via un éclairage spécifique sur quelques-unes des nombreuses dimensions des dispositifs de santé en Belgique. Le point de vue qu'elles composent indique que la santé renvoie davantage à la notion de « qualité de vie » qu'à une simple question de maladie. À la fois aventure personnelle, bien collectif, complexe économique, levier de pouvoir, la santé est l'affaire de tous. N'attendons pas d'en manquer pour nous y intéresser, nous risquerions d'en être totalement dépossédés.

Histoire de commencer l'année en fanfare, nous rappelons à nos chers lecteurs qu'un questionnaire en ligne est accessible sur notre site internet. Destinées à évaluer qualitativement la revue, les informations collectées participeront activement à assurer et à pérenniser sa bonne santé.

Julien Nève

julien.neve@prospective-jeunesse.be

Santé publique et promotion de la santé Politique du vivre ensemble

Éditorial 1

Julien Nève

Santé publique, citoyenneté sociale 2

Florence Caeymaex

Les acteurs de promotion de la santé face à la VI^e réforme de l'État : une identité affirmée, un avenir incertain 7

Julien Nève

Les usagers, créateurs d'alternatives 13

Carine Serano

Promotion de la santé mentale : le défi de la participation 17

François Wyngaerden

Quality Nights : la fête en santé 21

L'équipe du Centre bruxellois de promotion de la santé (CBPS), Michael Hogge (Eurotox)

Santé Publique, Citoyenneté sociale

> Florence Caeymaex, maître de recherches du F.R.S.-FNRS, Université de Liège¹

Quels que soient son âge, son genre, sa profession, voire son état de santé, chaque citoyen est, tout au long sa vie, en contact avec les différents dispositifs qui composent ce que nous avons coutume de nommer la « santé publique ». En dépit de cette profonde familiarité, faute d'être régulièrement interrogées et mises en débat, la définition et la signification politiques de la santé publique échappent à la majorité de ces mêmes citoyens. On aurait tort de chercher la source de cette ignorance collective dans un quelconque manque d'intérêt de ces derniers, sauf à penser que la citoyenneté serait une forme de largesse qu'il convient de mériter mais aucunement un droit à activer par la critique ou la participation politique. L'ampleur du non-questionnement sur les enjeux de la santé publique est à la mesure de la puissance des intérêts de ceux qui gagnent à la soustraire du champ politique et à lui refuser une historicité sociale au profit d'une approche naturaliste gonflée d'arguments censément indiscutables car fonction d'un certain « bon sens » sur lequel nous ne pouvons que nous accorder. Ainsi par exemple, n'est-ce pas le bon sens même que de reculer l'âge de la retraite au vu de l'allongement de l'espérance de vie ? La logique est imparable et les efforts fournis pour la diffuser et nous la faire manger sont tels que la remettre en cause vous range désormais quasi automatiquement dans le camp des illuminés. Autant dire que la politisation de la santé publique est un chantier de réflexion impérieux aux profondes implications sociales. Gageons que le lecteur, illuminé ou pas, trouvera dans l'argumentaire de Florence Caeymaex, quelques pistes pour penser la santé publique au-delà du bon sens.

1. Florence Caeymaex est Maître de recherches du F.R.S.-FNRS et co-dirige l'Unité de recherches matérialités de la politique (département de Philosophie) à l'Université de Liège. Spécialiste de la philosophie française contemporaine, ses recherches portent sur les implications éthiques et politiques des philosophies de la vie et de l'existence. Elle mène également, à travers des projets de recherche interdisciplinaires, des recherches sur les « politiques de la vie » dans la société contemporaine, qui interrogent l'articulation des biopolitiques à la dynamique de la citoyenneté moderne. Elle est membre du Comité consultatif de bioéthique de Belgique.

La notion de « santé publique » nous est plus que familière, puisque nous sommes tous quotidiennement confrontés aux multiples « dispositifs » sociaux qui assurent notre accès aux soins. Elle se matérialise ainsi dans les hôpitaux ou les maisons médicales que nous fréquentons individuellement, mais elle se niche aussi dans des choses plus abstraites comme les systèmes d'assurances qui permettent une prise en charge collective des risques et des coûts et dont la face visible se trouve dans nos cotisations et nos remboursements. Enfin nous la devinons dans les nombreuses actions de promotion de la santé qui, par l'intermédiaire des structures publiques ou privées², s'adressent à des groupes cibles, des segments déterminés de la population — à travers, par exemple, la gratuité des soins dentaires pour les enfants jusqu'à 18 ans, la promotion de la réduction des risques de transmission des MST auprès des jeunes ou des risques liés à la consommation de drogues.

Notre familiarité avec cette idée de santé *publique* semble coexister sans trop de heurts avec celle que la santé, comme la maladie, est en même temps une affaire par ailleurs strictement *individuelle*, *privée*, quelque chose qui a du sens en tant qu'elle est *vécue* dans l'intériorité d'une vie personnelle. Quel pourrait donc, en effet, être le sens « différentiel » qui nous fait opposer santé et maladie, bonne et mauvaise santé, sans d'abord quelque chose comme une expérience vécue, ou sentie, de l'intérieur d'une vie ou d'un organisme, de cette différence ? On peut donc dire que la santé et la maladie sont pour nous des notions qui désignent des réalités profondément hétérogènes : à la fois, des réalités individuelles et populationnelles, privées et publiques, biologiques et sociales. La santé, pour nous aujourd'hui, est à la fois un bien privé et un bien public, ou social.

À travers quelques réflexions historiques et politiques qui vont suivre³, nous voudrions indiquer que l'enjeu de la « santé publique » au sens large, n'est rien d'autre que la citoyenneté qu'on peut appeler « sociale », c'est-à-dire une certaine manière d'*articuler* l'une à l'autre cette dimension privée et cette dimension publique, cette dimension individuelle et cette dimension collective. Les débats politiques constamment relancés autour des « coûts » de la santé pour la collectivité et les moyens de les optimiser en période de crise structurelle et de « déficit public » sont, bien évidemment, d'après négociations

dans un marché de la santé en constante expansion et où s'affrontent des intérêts divergents et de puissance inégale (État, mutuelles, corps médical, firmes pharmaceutiques, laboratoires privés et publics, associations de patients, centres de recherche, etc.). Nous voudrions montrer que, derrière les débats sur le financement des soins de santé, nous ne trouvons pas seulement une rude confrontation d'intérêts, mais également un problème politique *de fond* qu'on pourrait formuler comme suit : les façons dont on finance collectivement la santé publique mettent en jeu différentes manières d'attacher l'individu au collectif, mais aussi de faire exister le collectif pour les individus. Autrement dit, différentes manières de « faire société » — lesquelles, sans doute, ne se valent pas toutes.

L'intervention de l'État et la citoyenneté moderne

Disons donc que, dans les sociétés modernes, la santé constitue un bien public à travers l'intervention de l'appareil étatique qui règle l'accès à la santé pour chacun — et du même coup l'état de santé de la population — par l'intermédiaire d'une régulation plus ou moins contraignante (selon les pays et les systèmes) du marché des services et des biens de santé (soins et médicaments ou dispositifs matériels de traitement). Cette intervention s'adosse à un puissant appareil juridique et le recours à d'importants fonds publics. Ceci semble pour nous aller de soi, mais il faut rappeler que cet « appareillage » social, sans lequel la santé ne peut constituer un bien public, est une invention historique récente⁴. Ses formes embryonnaires remontent à la deuxième fin du XIX^e siècle, même si en amont, son élaboration doit beaucoup à des transformations décisives dans les sciences, avec le développement et l'application du calcul statistique à la *population*, devenue préoccupation de l'État dès le XVIII^e siècle en France avec le raisonnement démographique⁵. Cet appareillage social ne devient un véritable dispositif, système consolidé et généralisé en Europe, aux États-Unis et quelques autres pays privilégiés, qu'après la deuxième guerre mondiale. Son développement s'inscrit dans une dynamique historique plus large, celle de l'élaboration de systèmes de *protection ou d'assurance*, qui s'inscrit à son tour dans la dynamique politique de la citoyenneté démocratique moderne, placée sous les idéaux d'égalité et de liberté⁶.

2. Structures privées très nombreuses en Belgique à travers le monde associatif subventionné, le relais de l'action publique auprès des usagers (p. ex. dans la santé mentale).

3. Appuyées largement sur les travaux du sociologue Robert Castel. Voir : *Les métamorphoses de la question sociale*, Fayard, Paris, 1995 (Gallimard, coll. Folio Essais, Paris, 1999) et, plus court, *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?* Seuil/La république des idées, Paris, 2003.

4. Nous ne voulons pas dire que les sociétés non-modernes considèrent la santé comme une affaire individuelle et que seuls les « Modernes » occidentaux en auraient fait un enjeu collectif. L'ethnopsychiatrie montre que, bien au contraire, les sociétés traditionnelles envisagent d'abord la maladie comme un enjeu collectif ; plus exactement : communautaire ou essentiellement relationnel. Mais faire de la santé un « bien public » est tout autre chose que l'appréhender à travers des pratiques communautaires de guérison. Ce qui ne signifie pas que nous n'ayons pas à apprendre de ces dernières dans les transformations que traversent les systèmes de santé et de protection sociale. À ce sujet : RAFANELLI ORRA J., *En finir avec le capitalisme thérapeutique. Soins, politique et communauté*, La Découverte, Paris, 2011.

5. FASSIN D., *Faire de la santé publique*, Éditions EHESP, Paris, 2008 (2^e éd.), p. 25 suiv. http://www.academia.edu/6635296/_L_%C3%A9mergence_de_la_population._Mirabeau_Quesnay_Moheau_

6. Si nous soulignons le caractère essentiellement politique des systèmes de santé, c'est pour les soustraire aux raisonnements moraux qu'on tend à leur appliquer aujourd'hui : « Face aux faits, c'est-à-dire face à l'évolution des coûts (sophistication technologique, vieillissement de la population, demande croissante, maladies nouvelles et chroniques, etc.) d'un côté et à une crise économique persistante qui creuse les déficits budgétaires des États, de l'autre, il ne faut pas mettre en danger le système, c'est un devoir moral que de réduire les dépenses. » La rhétorique moralisante, ciblée sur la responsabilité (soit des individus, soit de la puissance publique soit de l'homme politique qui entend incarner la puissance publique) suppose les « faits » indiscutables d'un côté, le devoir de décider de l'autre. On peut commencer par interroger les « évidences », les « faits », et se demander s'ils ne sont pas eux-mêmes autre chose qu'une évolution naturelle, mais le résultat d'une construction, de choix techniques et scientifiques, c'est-à-dire d'une trajectoire politique et sociale récente.

Citoyenneté politique, citoyenneté sociale

On dit souvent, par commodité ou par pli idéologique, que les systèmes d'assurance ou de protection appartiennent à l'histoire d'un État-*providence*. Le sociologue Robert Castel suggère que le terme est trompeur et politiquement discutable et qu'il serait plus exact de parler de l'État *social*. En effet, l'idée d'un État-*providence* véhicule celle d'un État distributeur, inscrit celui-ci dans le prolongement des actions de charité qui dispensent unilatéralement des biens et des services à ceux qui en ont besoin. Or, historiquement, selon Castel, l'État n'a pas été redistributeur — preuve en est qu'il a laissé persister de très fortes inégalités entre les groupes sociaux. Mais l'État a été, en revanche, *protecteur*, faisant de la protection (sous la forme de l'assurance) le vecteur d'une citoyenneté *sociale*.

Comment est né l'État social ? La première forme de citoyenneté, issue de la Révolution Française, fut appuyée sur les droits civiques, à travers par exemple l'universalisation progressive du droit de vote ou l'égalité devant la loi (abolition des privilèges). Mais ceux-ci, comme on sait, devaient s'avérer inopérants pour la majorité, faute des conditions matérielles permettant de les exercer : l'égalité devant la loi et les droits, la liberté reste lettre morte tant que l'on n'attaque pas les inégalités matérielles⁷. C'est à travers des dispositifs sociaux très concrets (instruction publique, premières retraites ouvrières, caisses de secours mutuel, etc.) qu'on a donc cherché à « réaliser » l'égalité et la liberté, une forme de citoyenneté sociale prenant ainsi le relais des droits civiques ou politiques dans la construction de la citoyenneté tout court.

L'insécurité sociale

Précisons la transformation : l'un des vecteurs les plus forts d'inégalité, c'est l'exposition de l'individu aux aléas de la vie physique et psychique. Au XIX^e siècle, nombreux sont ceux qui, quittant les campagnes pour travailler dans les villes, se voient privés des protections que représentent les solidarités traditionnelles (famille et vie communautaire dans le monde paysan, formant ce que Castel appelle les « protections rapprochées »). Celui qui ne possède rien d'autre que son propre corps, qui dépend de sa seule force de travail pour vivre, ne peut se pro-

téger de la maladie, de l'invalidité, de la vieillesse — qui à leur tour rendent impossible le travail. À la différence de celui qui peut tirer des revenus de ses propriétés, il est à la merci des accidents de la vie, en particulier ceux qui sont engendrés par le travail. Le raisonnement qui soutient la mise en place de protections sociales est ainsi que l'insécurité vitale n'est nullement liée à une « nature » de l'individu, mais doit être envisagée comme une insécurité sociale, fruit d'une condition sociale : celle du travailleur salarié, l'ouvrier dans l'industrie du XIX^e siècle. L'insécurité est également *sociale* en un deuxième sens : pour les possédants ou les élites, elle menace la hiérarchie sociale elle-même, car le salariat, alors forme très violente d'organisation du monde du travail, engendre des luttes des classes, des insurrections, des rébellions. La construction des protections sociales, comme les retraites ou les assurances de santé, a historiquement été une réponse à ce double problème de l'insécurité sociale, ainsi qu'au besoin qu'avaient les sociétés industrielles capitalistes de mettre et de maintenir les masses au travail.

Double rôle de la solidarité dans la citoyenneté sociale

Pour nombre de réformateurs, ces dispositifs obéissent à un principe de solidarité en un double sens — le terme est important et accompagne aussi bien les discours politiques que la naissance des sciences sociales, chez Émile Durkheim notamment. La solidarité est à la fois un but (la recherche de la cohésion sociale, d'un bien collectif) et un moyen (assurer une certaine indépendance des individus, la possibilité d'un bien individuel). L'idéal de la citoyenneté sociale repose sur l'équilibre, le cercle vertueux de ces deux rôles de la solidarité.

On constate en effet, dans la douleur aussi bien que dans la lutte sociale, que la société industrielle obéit à une double dynamique : interdépendance accrue des individus et des groupes (on ne peut plus produire seul, ou en petit groupe isolé, les moyens de sa subsistance), qui marche de concert avec la destruction des liens traditionnels. L'enjeu était donc, pour les réformateurs et pour certains mouvements ouvriers, d'inventer des mécanismes institutionnels susceptibles de pallier la destruction des liens communautaires traditionnels, d'établir les conditions de nouvelles solidarités en adéquation avec les formes

7. Et opérants essentiellement pour le petit nombre des propriétaires privés. La pensée socialiste et communiste du XIX^e siècle par exemple chez Proudhon ou chez Marx, est scandée par la critique de la propriété privée qui dénonce souvent l'imposture du droit de propriété (en tant que droit, il s'applique en principe à tous, dans les faits, il s'avère un instrument du pouvoir des possédants).

L'insécurité sociale Qu'est ce qu'être protégé ?

Robert Castel (Éditions du Seuil, coll. La République des idées, 2013)

L'association de l'État de droit et de l'État social devait permettre de construire une « société de semblables » où, à défaut d'une stricte égalité, chacun serait reconnu comme personne indépendante et prémuni contre les aléas de l'existence (chômage, vieillesse, maladie, accident du travail...); « protégé », en somme. Ce double pacte — civil et social — est aujourd'hui menacé. D'un côté, par une demande de protection sans limites, de nature à générer sa propre frustration. De l'autre, par une série de transformations qui érodent progressivement les digues dressées par l'État social: individualisation, déclin des collectifs protecteurs, précarisation des relations de travail, prolifération des « nouveaux risques »... Comment combattre cette nouvelle insécurité sociale? Que signifie être protégé dans des « sociétés d'individus »? C'est à ces questions que tente de répondre Robert Castel.



modernes du travail, de l'échange, bref de la production. En d'autres termes, de doter la société de mécanismes de solidarité de substitution, destinés à empêcher les interdépendances modernes d'engendrer les forces d'exclusion et de dissociation qui menacent ou insécurisent les individus et le corps social dans son ensemble. La solidarité est ici un but.

Celle-ci constitue également un moyen : cotisations et assurances obligatoires attachées au travail, mutualisation des risques, mais aussi services publics d'éducation et de santé permettent l'élaboration de « propriétés sociales » qui se substituent, dans leur rôle protecteur, à la propriété privée ou aux « protections rapprochées » de la vie communautaire. Équivalent de la propriété pour les travailleurs non-propriétaires, les protections sociales leur permettent de ne pas être complètement « dépendants » (comme on l'est de la charité, mais aussi de son état de santé), d'acquérir une certaine indépendance — la propriété de soi⁸. Ces propriétés sociales, à la différence de la stricte propriété privée, ne constituent pas, en principe, un patrimoine circulant librement sur un marché, elles sont indisponibles aux individus. Elles se réalisent à travers un système de droits et d'obligations — par exemple l'assurance obligatoire contre les risques sociaux que doit payer le salarié, et qui est incluse dans son salaire, et de structures publiques à usage commun. C'est donc aussi par la solidarité que se construit la citoyenneté sociale, ici synonyme d'une certaine autonomie, ou liberté, des individus.

Citoyenneté sociale et santé publique

C'est dans le contexte que nous venons de décrire à gros traits que prend sens l'idée de santé publique : une affaire sociale, objet d'une gestion publique. On peut dire que s'enclenche un processus qui va faire entrer progressivement toujours plus d'événements de la vie dans le registre de la médecine et dans le registre du « risque » à assurer socialement par l'intervention de l'État ou des institutions déléguées de la puissance publique. Cela signifie qu'une pathologie, une maladie, un facteur de santé est toujours autre chose qu'un donné biologique; que la santé elle-même n'est pas seulement un bien personnel désirable et défini par la nature. Elle est en un certain sens une construction sociale qui mobilise à la fois des sciences et des pratiques

médicales, de l'action publique, de l'industrie et, aujourd'hui, des patients regroupés en associations. Cette construction sociale fabrique à la fois la demande, l'offre et l'accès à cette offre.

Dans cette perspective, il serait extrêmement réducteur de convoquer l'image de l'État-providence distribuant, plus ou moins généreusement selon les budgets, des soins de santé à « gérer en bon père de famille » face à l'appétit des citoyens, de l'industrie, ou des médecins. La couverture-santé n'est pas une sorte de dépense luxueuse de l'État bienfaiteur, mais à chaque moment de son évolution, une construction fragile, fruit de débats politiques, de compromis sociaux et d'arbitrages difficiles⁹; mais elle est aussi un formidable outil économique, un puissant levier par lequel l'État, aujourd'hui, active l'économie¹⁰. Mais qu'on le veuille ou non, les décisions qui sont prises à son sujet — sur les modalités de son financement, les priorités qu'on lui assigne, le sens concret que l'on donne à la « pro-

8. CASTEL R., HAROCHE C., *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretiens sur la construction de l'individu moderne*, Fayard, Paris, 2001.

9. Rappelons, à titre d'analogie, qu'il a fallu vingt ans de débats en France, dans et hors de l'Assemblée, au tournant du siècle, pour faire voter les premières lois sur les retraites paysannes et ouvrières.

10. ARTUS P., « Les dépenses de santé sont un gisement de richesse », dans *Carnets de santé*, mai 2007. Consulter : www.carnets-desante.fr/Artus-Patrick

Faire de la santé publique

Didier Fassin (École des Hautes Études en Santé Publique, coll. « Hors collection », 2005)

Qu'est-ce que la santé publique ? À cette question, de nombreuses réponses ont été apportées, souvent en termes de définitions ou de prescriptions. Plutôt que d'ajouter une pièce supplémentaire à ce catalogue normatif et de dire ce que devrait être la santé publique, Didier Fassin propose ici une lecture analytique en se demandant simplement : qu'est-ce que faire de la santé publique ? Deux voies sont explorées. La première, généalogique, s'intéresse à la constitution d'un gouvernement des corps et des populations dans le temps long de l'histoire. La seconde, sociologique, analyse la construction d'une politique sanitaire à partir du cas exemplaire de la lutte contre le saturnisme infantile. L'ambition de cet ouvrage est donc de montrer comment des idées naissent, des instruments se forment, des acteurs se mobilisent pour faire exister et reconnaître des réalités qui sont ainsi inventées tout autant que découvertes : ce qu'on appelle des « problèmes de santé publique ». Insensiblement mais profondément, ces représentations et ces pratiques, ces concepts et ces méthodes transforment notre vision des choses et, avec elle, notre responsabilité à l'égard du monde et de ses citoyens.



motion de la santé » et à la « prévention », à la responsabilité individuelle, accès universel ou différencié aux soins, etc. — engageant, en raison de l'histoire que nous avons brièvement tracée, la nature les rapports sociaux, c'est-à-dire les rapports que les individus entretiennent avec eux-mêmes et ceux qu'ils entretiennent avec les collectifs auxquels ils appartiennent, avec la société tout entière.

On a parlé, souvent à juste titre, de « médicalisation » de la société : à bon droit, puisque bien des aspects de la vie sont pris en charge aujourd'hui par des pratiques médicales ou paramédicales qui tendent à coloniser la vie individuelle et collective, biologique et sociale. Ce mouvement est inséparable d'une *socialisation* de la médecine et des soins de santé qui a servi la réalisation de la citoyenneté au xx^e siècle. Cette socialisation constitue donc, de ce fait, une politique, c'est-à-dire une manière de penser et de résoudre les « questions sociales », une certaine manière de concevoir et de réaliser le « faire société ».

La question des protections sociales est, plus que jamais, à l'ordre du jour dans une société où se multiplient les situations précaires, mais penser la citoyenneté sociale aujourd'hui ne signifie pas idolâtrer les solutions anciennes. Du tableau rapide que nous avons dressé, il ne faudrait pas oublier que les mécanismes de solidarité qui ont historiquement gagné, bien que d'incontestables vecteurs d'émancipation sociale, soient aussi ceux qui ont permis à la société salariale et à un certain capitalisme de se consolider avec ses hiérarchies, évinçant les autres façons possibles de faire société. Si les protections sociales de santé ont contribué à l'égalisation, elles n'en ont pas moins engendré des formes de pouvoir spécifiques, à travers des dispositifs biopolitiques (Foucault) exerçant une puissante normalisation des conduites, qui furent et sont encore l'objet d'une critique constante et nécessaire¹¹. N'oublions pas enfin que la médicalisation de la société peut aussi servir des dynamiques de dépolitisation, mettant la thérapie au service de la reproduction des divisions sociales — comme lorsque l'on confie au médecin du travail le soin de réparer les souffrances psychiques individuelles et d'adapter les individus, au lieu de critiquer collectivement les formes d'organisation du travail. Toutes ces questions doivent être posées en même temps, si l'on cherche à défendre la santé publique et la citoyenneté sociale aujourd'hui.

11. Foucault Michel, *Histoire de la sexualité*, I. *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1976.

Une identité affirmée, un avenir incertain

> Julien Nève, Prospective Jeunesse

Depuis le 1^{er} juillet 2014, la promotion de la santé n'est officiellement plus une compétence de la Fédération Wallonie Bruxelles. Désormais entre les mains des Régions, l'avenir du secteur charrie encore de nombreuses incertitudes pour les professionnels de terrain, mais aussi pour toutes celles et ceux qui bénéficient de leurs services. Fruit de la VI^e réforme de l'État, cette régionalisation a entraîné une intense mobilisation du secteur. Outre d'éclairer les enjeux de cette réforme, les quelques réflexions qui suivent ont pour but de comprendre en quoi cette mobilisation fait événement, mais surtout pourquoi elle s'apparente avant tout à une quête identitaire.

Cela n'a pas fait et ne fera vraisemblablement pas la une des journaux, mais si vous n'êtes pas encore au courant il convient de vous annoncer que la promotion de la santé, compétence méconnue de la Fédération Wallonie Bruxelles, est au même titre que, par exemple, les allocations familiales, concernée par la sixième réforme de l'État. Il reviendra désormais aux régions de « promouvoir la santé » et partant, de subventionner les acteurs associatifs de terrain.

Quelle attitude adopter face à cette régionalisation ? Doit-on s'en réjouir ou au contraire s'en alarmer ? Quels bénéfices en tireront les citoyens concernés ? Même s'il est encore trop tôt pour se prononcer, nous pouvons d'ores et déjà affirmer que l'annonce de cette régionalisation a eu au moins un effet positif, celui d'inciter les acteurs francophones de promotion de la santé à se mobiliser afin de revendiquer que soit pris en compte leur point de vue dans

l'application de cette réforme. Depuis un peu plus d'une année, ces organismes sont donc sur le pied de guerre. Enchaînant les réunions et les groupes de travail, ils n'ont eu de cesse d'interpeller les responsables politiques et leurs administrations. C'est qu'en accord avec les principes qui guident leurs interventions, ils entendent, autant que faire se peut, se poser en garant d'une approche *bottom-up* de la réforme, autrement dit, glisser assez de leurs propres grains de sel dans les rouages institutionnels pour ne pas se sentir complètement dépossédés de leur devenir professionnel.

Promouvoir la santé ou comment empêcher de penser en rond

Le politique réforme, les travailleurs se mobilisent. Quoi de plus normal se diront les novices de la promotion de la santé, soit l'écrasante majorité de la

De quelle santé et parle-t-on ? ¹

L'action du secteur repose sur une vision positive, globale et multifactorielle de la santé. Nous nous référons à la constitution de l'OMS de 1948 qui définit la santé comme « **un état complet de bien-être physique, mental et social et ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.** »

Cette définition est complétée par la charte d'Ottawa, fondant, en 1986, la promotion de la santé. La santé n'est pas une fin en soi et doit être considérée comme une ressource de la vie quotidienne permettant à l'individu et à la collectivité de « **réaliser ses ambitions et de satisfaire ses besoins, d'une part, et d'évoluer avec le milieu ou de s'adapter à celui-ci, d'autre part.** »

Cette vision sous-tend une approche de la santé à travers ses déterminants sociaux et non-médicaux. Les interventions qui en découlent s'inscrivent dans un grand nombre de secteurs dont celui des soins.

La promotion de la santé est définie dans la charte d'Ottawa comme « **le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci** ». La définition de la charte de Bangkok met l'accent sur les **déterminants** de santé en parlant de « **meilleure maîtrise sur ce qui détermine la santé** ».

1. Les contenus des encadrés qui complètent cet article sont tous issus des documents de travail établis par les acteurs de la plateforme bruxelloise du secteur de promotion de la santé dans le cadre du processus de concertation mis en place avec l'administration de la Cocof.

population ? En quoi cette mobilisation fait-elle événement ? Les acteurs de promotion de la santé sont-ils à ce point adeptes de la soumission politique pour que l'on en vienne à s'étonner de leur velléité de mobilisation ? Pas plus ou moins soumis qu'un autre, l'acteur de promotion de la santé n'a tout simplement pas l'habitude. Le réflexe corporatiste lui est généralement étranger. Il monte pourtant souvent au créneau et ne rechigne jamais à dégainer le plaidoyer politique. Nous pourrions même avancer que la mobilisation sociale est au cœur de son ADN professionnel. Et pour cause, c'est le politique lui-même qui en a fait sa mouche du coche, son empêcheur de penser et d'agir en rond : « *Par promotion de la santé, il faut entendre le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en*

mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques. » En clair, la promotion de la santé n'est rien d'autre que le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité de ne pas se laisser marcher sur les pieds. Poil à gratter officiel du politique, les acteurs de promotion de la santé œuvrent à ce que les bénéficiaires de leurs interventions fassent valoir leurs droits et deviennent les porteurs d'un discours que nous pourrions, en forçant légèrement le trait, imaginer en ces termes :

« Chers décideurs, vous souhaitez me voir en meilleure santé. Comment ne pas être d'accord avec vous, d'autant plus que — il ne faudrait pas me prendre pour une quiche — ce surcroît de bien-être est aussi pour vous un excellent levier pour équilibrer vos dépenses publiques. Sachez toutefois que pour que votre souhait soit réalisable il ne suffit pas de me donner accès aux soins. Faire de mon bien-être une réalité suppose également que je dispose d'un logement digne de ce nom, que je puisse fréquenter une école où je me sente valorisé et plus globalement que j'aie mon mot à dire dans la manière dont mes différents milieux de vie sont administrés, autrement dit que vous vous remuez le popotin de façon concertée. Et si par le plus grand des hasards, vous manquez d'entrain, je vous préviens, je monte un collectif qui se mobilise, s'engage et s'organise de façon citoyenne afin de s'assurer que derrière vos grandes phrases et vos beaux mots, les résultats suivent. »

Tel pourrait donc être en substance le discours non victimaire d'un individu en prise avec son environnement et, de ce fait, en capacité d'être auteur de son devenir individuel et social. Tel pourrait être le discours d'un individu en bonne santé, étant entendu que, comme le résume très bien Line Beauchesne, « *la santé c'est avoir un certain plaisir à vivre et suffisamment d'estime de soi pour maintenir un bon équilibre physique et mental*¹. »

En travaillant à promouvoir ce type d'individuation ou d'« être au monde », les acteurs de promotion de la santé font indéniablement partie de ceux qui bougent les lignes et mettent le social en mouvement. De fait, la santé qu'ils ont pour tâche de promouvoir ne se résume pas à une absence de maladie, mais doit être appréhendée dans toutes ses dimensions : physique, psychologique, sociale, économique, spirituelle, etc. « *Ce qui élargit la conception de la santé à la notion de qualité de vie.*

1. BEAUCHESNE L., « Les programmes de prévention d'abus des drogues en milieu scolaire », in *Les Cahiers de Prospective Jeunesse*, Vol. 2, n° 3, 1997.

Face à une vision individualiste et « segmentée » de la santé, la promotion de la santé propose donc une approche qui interroge les conditions de vie et modes d'organisation de la société². Autant dire que ses acteurs n'ont que peu à voir avec un quelconque corps médical institué. La blouse blanche ne fait définitivement pas partie de leur vestiaire. Pour être pertinente et efficiente, la promotion de la santé doit déployer son action bien au-delà des déterminants purement médicaux de la santé. Son champ d'action s'étend à tous les déterminants sociaux de la santé et ce faisant, englobe de multiples compétences telles que les politiques d'éducation, d'aide aux parents, d'emploi, de logement, de sport, d'accès à la culture, d'environnement, de mobilité, d'animation de quartier, de jeunesse, etc.

Par essence multifocale et transversale, la politique de promotion de la santé entraîne donc une dissémination de ses acteurs dans tous interstices du corps social de manière à construire avec les citoyens, tous les citoyens, ce que le philosophe Frédéric Neyrat range sous le concept de « surfaces d'accueil », c'est-à-dire « des protections, des milieux sociaux et environnementaux suffisamment solides et protecteurs pour étayer l'expérience de soi. » Et le philosophe d'opposer ces surfaces d'accueil aux « formations réactionnelles » qui ne valent protection que de manière fantasmagorique, telles des « forteresses imaginaires » construites sur « des frontières étanches, des clivages qui coupent du monde, de l'autre, de l'étranger ». Dans une société qui n'a de cesse de valoriser la prise de risque, travailler sur les déterminants sociaux de la santé, c'est permettre à tout un chacun de disposer de « surfaces d'accueil capables d'opérer des médiations entre le dedans et le dehors, soi et l'autre, la vie et la mort, ce que je suis et ce que je pourrais être. Transformer une protection en une surface d'accueil, c'est transformer radicalement la question du risque. On ne peut pas demander à des gens de s'exposer à des risques si la société ne rend pas possible les médiations grâce auxquelles le risque peut être vécu comme plus constructif que destructeur³ ».

La promotion de la santé en quête d'identité

On l'aura compris, contrairement à d'autres secteurs professionnels, la promotion de la santé se caracté-

Réduire les inégalités sociales de santé

Le secteur se donne comme priorité de réduire les inégalités sociales de santé existant sur le territoire bruxellois. Pour ce faire, une approche spécifique doit être adoptée. Lutter contre les inégalités sociales de santé c'est :

- Avant tout, lutter contre la précarité et les inégalités sociales en général à travers des politiques adaptées assurant la **sécurité et l'inclusion sociales**.
- Agir sur la cause des causes à savoir les **déterminants sociaux et non-médicaux** de la santé comme l'éducation, la culture, l'emploi, l'environnement, la mobilité, le lien social...
- Prendre en compte le fait que les inégalités entretiennent des relations entre elles (ex : les inégalités face au logement sont en lien avec les inégalités de revenus, elles-mêmes en relation avec les inégalités liées à l'éducation...). Une **approche globale et systémique** de la problématique est donc indispensable. Les leviers d'action dans cette perspective sont par nature intersectoriels.
- Agir sur l'ensemble du **gradient social**² en rendant les actions proportionnelles au désavantage social c'est-à-dire que les programmes sont destinés à tous, mais mis en œuvre en fonction du niveau de précarité et des besoins (universalisme proportionné).
- Agir dès la naissance et sur l'ensemble du **cycle de vie** des populations.
- Lutter contre les **facteurs de discrimination et de stigmatisation** qui pénalisent souvent les publics les plus vulnérables.
- En lien avec le caractère multifactoriel de la santé, mettre à l'agenda l'équité en santé dans **tous les secteurs de l'action publique**. Mais aussi, évaluer les politiques, programmes et actions à l'aune des inégalités sociales de santé.

2. Partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À l'intérieur des pays, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé : ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans ceux à revenu élevé. Le gradient social signifie que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun. (www.inegalitesdesante.be)

térise par son absence d'homogénéité. Or, bien qu'essentielle en ce qu'elle garantit une vision globalisante ou holistique de la santé, c'est précisément cette hétérogénéité qui constitue le principal obstacle à la mobilisation. En effet, alors que la galaxie du non-marchand regorge de fédérations d'acteurs professionnels prompts à monter au feu pour défendre les droits et les acquis de leurs membres respectifs, le champ de la promotion de la santé en est dépourvu. En plus d'être peu connue du grand public comme des élites politiques, la promotion de la santé est un secteur à l'identité floue.

Cela étant dit, autour de la table, les acteurs de la promotion de la santé font, à première vue, figure

2. Le Collectif des acteurs de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, « La santé pour tous et par tous », in *Prospective Jeunesse Drogues-Santé-prévention* n° 61, hiver 2011-2012.

3. NEYRAT F., « La société du risque court à la catastrophe », in *Prospective Jeunesse Drogues-Santé-prévention*, n° 54.



de grande famille. Tous différents de par la spécificité de leur milieu d'intervention, ils n'en sont pas moins reliés par une vision commune, un même *modus operandi*. Mais forment-ils pour autant une famille au sens propre ? Une famille du genre de celle qui entoure annuellement un sapin de Noël dans la demeure de quelque patriarche et dont les membres, eux aussi tous différents, se congratulent, s'embrassent et s'invectivent avec plus ou moins de bonheur au nom d'une certaine familiarité. Pas vraiment, car leur assemblée, aussi diversifiée soit-elle, ne compte aucun personnage semblable à ce vieil oncle rendu quelque peu aigri par sa nostalgie du colonialisme, ni à cette cousine aimant jouer de la rime avec Marine. Est-ce à dire que le secteur de la promotion de la santé est un agrégat de fiéffés gauchistes ? Nous aurions également tort de le penser. D'une part parce que le gauchiste, à l'instar de l'oncle un peu lourd ou de la cousine vulgaire, peut aussi faire montre d'un sens aigu de la réaction. Or ce qui relie les acteurs de promotion de la santé c'est précisément le rejet des *formations réactionnelles* ou l'affirmation que seules *les surfaces d'accueil* peuvent « faire société ».

D'autre part, parce que ce serait se fourvoyer que de penser pouvoir situer la promotion de la santé sur un échiquier politique. Pour s'en convaincre, arrêtons-nous un instant sur le concept de proximité. La proximité est l'un des principes que les professionnels de la promotion de la santé considèrent comme essentiels pour opérationnaliser les politiques de santé, notamment et surtout celles ayant trait à la réduction des inégalités sociales de santé. « *Parce qu'ils la vivent au quotidien, à l'école, en famille, sur leur lieu de travail ou dans leur quartier, les citoyens peuvent énoncer des priorités d'action pour améliorer leur qualité de vie. Ils peuvent aussi identifier des ressources individuelles et collectives, activables dans leurs environnements respectifs. Encore faut-il être à l'écoute des citoyens et leur reconnaître des ressources et des compétences*⁴. » Or, ce genre de reconnaissance n'est malheureusement l'apanage d'aucune famille politique. Elle est l'exception davantage que la règle. À titre d'illustration cocasse, citons ce récent appel à projets de réduction des inégalités sociales de santé concocté par un cabinet ministériel dans le cadre duquel une association de prévention des

4. Le Collectif des acteurs de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, « La santé pour tous et par tous », in *Prospective Jeunesse Drogues-Santé-prévention*, n° 61, hiver 2011-2012.

assuétudes fut chargée de monter un projet ayant pour ligne directrice la consommation responsable d'alcool à l'adresse de jeunes d'un quartier qui pour la plupart ne buvaient jamais une goutte d'alcool. Un exemple parmi d'autres d'une politique bienveillante — qui pourrait être aussi bien de gauche que de droite — mais désincarnée de par son pilotage directif qui ne tient nullement compte des besoins et des aspirations de ceux à qui pourtant elle s'adresse.

Promouvoir plutôt que contrôler

Ce qui a poussé les acteurs de la promotion de la santé à se réunir n'a donc rien à voir avec une quelconque métaphore de la famille, voire une connivence politique. Bien que dispersés en de multiples secteurs professionnels, les acteurs de promotion de la santé se reconnaissent en ce qu'ils partagent une même approche des problématiques de santé et une même méthodologie d'action. Chacun à leur manière, ils visent à permettre à tout individu de devenir acteur de son bien-être et plus globalement d'être en mesure de peser sur son devenir. Au final, ils concourent à éviter que ne sonnent creux des expressions telles que droit à la santé, citoyenneté, participation. Jusqu'il y a peu, ce travail bénéficiait d'une reconnaissance institutionnelle via un décret de la Fédération Wallonie Bruxelles. Loin d'être parfait, ce décret a toutefois le mérite de coiffer la politique de santé publique d'une dimension irréductible à toute forme de contrôle social. Comme nous le rappelions plus haut, il garantit la possibilité d'interroger *les conditions de vie et les modes d'organisations de la société*. En ce sens, il est un rempart contre la toute-puissance de l'approche épidémiologique où ne dominent que les catégories négatives telles que la maladie ou les facteurs de risque. En pratique, il donne la possibilité aux acteurs de terrain de développer des politiques de prévention qui ne soient pas guidées par le seul souci de redresser ou normaliser des comportements individuels, mais qui s'inscrivent dans la réalité des contextes de vie par définition complexes, car traversés par une multitude de déterminants sociaux de santé. Pour reprendre l'exemple de la prévention des assuétudes à l'adresse des jeunes publics, le décret donne la liberté aux acteurs de développer des interventions dont le but n'est pas d'empêcher la consommation

Stratégies transversales d'action du secteur de la promotion de la santé pour réduire les inégalités

En lien avec la charte d'Ottawa qui institue la promotion de la santé et en lien avec la complexité des problématiques relevées depuis de nombreuses années par les actrices et les acteurs de promotion de la santé à Bruxelles, les actions de promotion de la santé doivent s'appuyer sur les stratégies fondamentales suivantes :

- Les actions de promotion de la santé reposent sur la **participation** des publics. L'approche communautaire de la santé permet d'amener les communautés à définir elles-mêmes les priorités, à prendre elles-mêmes des décisions et à agir elles-mêmes pour la santé.
- Les actions de promotion de la santé se fondent sur des **partenariats** s'opérant entre secteurs afin d'agir de manière coordonnée sur les différents déterminants de santé au cœur des réalités de terrain. L'intersectorialité, le travail en réseau et les stratégies concertées caractérisent les actions du secteur.
- La promotion de la santé s'appuie sur des démarches éducatives qui permettent de développer chez les personnes des **aptitudes** leur donnant plus de capacités pour agir individuellement et collectivement sur les déterminants de la santé (empowerment).
- L'action pour créer des **environnements** sociaux, culturels, économiques, matériels, physiques favorables à la santé et qui soutiennent l'adoption d'attitudes saines est promue. Les actions centrées exclusivement sur les comportements sont contre-productives surtout auprès des populations n'ayant pas les moyens de s'y conformer.
- La promotion de la santé défend une approche par les **milieux de vie** s'écartant d'une approche par problèmes. Elle permet d'agir dans un espace physique donné où des publics consacrent leur temps (domicile, lieu d'accueil, école, lieu d'hébergement, travail, maison de repos...).
- La **réduction des risques** est une stratégie de promotion de la santé visant à prévenir les dommages liés à l'utilisation de drogues chez les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas s'abstenir d'en consommer.
- Toute action de promotion de la santé prend en compte la **dimension culturelle** des acteurs qui y sont impliqués, en prenant appui sur leurs références culturelles au sens large et sur leurs représentations sociales.
- Les acteurs et les actrices de promotion de la santé veillent également à inclure dans leurs actions une approche genre.
- La promotion de la santé s'inscrit également dans le secteur du soin. Le **décloisonnement** entre l'activité de nature curative et la prévention ainsi que l'articulation de la promotion de la santé avec les pratiques de soins contribuent à une meilleure efficacité des actions en faveur de la santé de la population.

de produits psychotropes ou de convaincre ceux qui en consomment de se convertir à l'abstinence. En promotion de la santé, l'objectif de la prévention des assuétudes est à la fois plus complexe et, paradoxalement, plus réaliste. La prévention vise à ce que les consommateurs et/ou les potentiels consom-

À quels besoins répondent les acteurs de promotion de la santé ?

En première ligne

- **Favoriser l'accessibilité aux soins, aux programmes de prévention et de réduction des risques.** Il s'agit d'adapter les programmes en fonction des besoins et des spécificités des publics. Plus spécifiquement, c'est également mettre en lien des personnes coupées de l'accès aux ressources social-santé avec l'offre de services bruxelloise. Il y a donc nécessité d'accompagner et d'orienter les publics à travers une coordination intersectorielle. Ceci comprend également l'accès au matériel de prévention. Des approches de proximité et mobiles sont pertinentes et primordiales dans ce sens.
- **Renforcer les connaissances et les compétences psychosociales des individus et des communautés en vue d'accroître leurs capacités d'agir sur la santé.** Cela passe par l'optimisation de l'accès à l'information santé (sur les droits, le fonctionnement des systèmes, les offres de service, les déterminants de santé, les facteurs de protection, les manières d'agir sur la santé...) mais aussi par la mise en œuvre de projets éducatifs permettant de renforcer des compétences influençant positivement la santé notamment le développement de la littératie en santé, de l'autonomie, du lien social...
- **Promouvoir des espaces d'action communautaire** où des individus et des communautés peuvent se rencontrer, s'exprimer, réfléchir ensemble et co-construire des stratégies en faveur de la santé dans leur quartier, dans leur milieu de vie.

En deuxième ligne

- **Soutenir et accompagner les professionnels-relais et les acteurs de différents secteurs à la mise en œuvre de démarches et d'actions de promotion de la santé.** Cela passe par la mise à disposition de ressources (documentation, outils, données) et d'une offre pédagogique (formation, accompagnement, supervision) spécifiques sur différents aspects : méthodologies, thématiques, approche pédagogique, publics... Elles doivent permettre d'initier des actions et des démarches de promotion de la santé ou de les améliorer mais aussi de lutter contre l'isolement de la ou du professionnel(le) dans sa pratique. Les acteurs et actrices visés englobent également les prestataires de soins de première ligne.
- **Renforcer des dynamiques intersectorielles en créant des espaces d'échange et de concertation** où des professionnel(les) relais, des politiques, des institutions de différents secteurs mais aussi des usager(ère)s et des citoyen(ne)s peuvent s'emparer des questions de santé. Ceci doit amener les actrices et acteurs à travailler en réseau et de manière coordonnée sur les problématiques déterminées.
- **Éclairer les politiques sur les démarches de promotion de la santé et sur leur efficacité et soutenir une approche interministérielle de la santé.** L'amélioration de l'état de santé et la réduction des inégalités sociales de santé dépendent de choix politiques qui ne relèvent pas seulement des ministères de la santé. Il s'agit également d'évaluer l'impact sur la santé des politiques et projets initiés dans différents champs. Dans le paysage institutionnel belge et bruxellois, des coopérations avec les autres domaines de compétences politiques sont primordiales (ex : convention entre la Fédération Wallonie Bruxelles et la Cocof en ce qui concerne la promotion de la santé à l'école).
- Recueillir et analyser des **données spécifiques**, objectives, fiables et comparables et développer un système de veille sur différentes problématiques de santé (ou sur les pratiques pour lutter contre celles-ci) en collaboration avec les observatoires, les universités, l'Institut de santé publique, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) et également les actrices et acteurs de terrain. Par ailleurs, il s'agit aussi de **croiser des savoirs scientifiques avec des savoirs profanes** (expériences du vécu, représentations, cultures...) et de les transmettre.

mateurs ne développent pas de consommations problématiques, c'est-à-dire des consommations qui les empêcheraient d'avoir *un certain plaisir à vivre et suffisamment d'estime de soi pour maintenir un bon équilibre physique et mental*. Si nous prenons l'exemple de l'école, en pratique cela consiste, non pas à former les acteurs scolaires à la détection des produits ou à éveiller les jeunes aux dangers des drogues, mais à permettre aux acteurs scolaires d'interroger le sens et les motivations que recouvrent ces consommations dans le contexte scolaire, de manière à ce qu'ils puissent, le cas échéant, travailler ce contexte afin de le rendre plus inclusif, moins anxiogène et plus à même de valoriser les jeunes. Agir sur la qualité de vie plutôt que sur le comportement individuel, « construire avec » plutôt qu'« empêcher de », voilà ce que garantit la promotion de la santé.

Peu comprise, confinée dans une sphère de spécialistes, l'approche complexe soutenue par promotion de la santé n'a jamais vraiment pesé très lourd au sein des politiques de la FWB. La régionalisation porte donc en elle le risque d'une dilution, voir d'un effacement des principes et des objectifs qui animent les acteurs de terrain au profit d'une approche parcellaire, individualisante et sanitaire. C'est précisément contre ce risque que les professionnels de la promotion de la santé ont choisi d'unir leurs forces. Le réalisme politique les a conduits à construire cette union selon une logique régionale. La VI^e réforme de l'État a donc donné naissance non pas à une, mais à deux plateformes d'acteurs ; mais comme en témoignent les contenus de leur mémorandum respectif⁵, c'est de concert qu'elles entendent conduire la mobilisation et faire entendre leur voix. Le premier acte posé consista à sortir la promotion de la santé du flou, à tracer les lignes et les contours d'une identité commune. Il leur reste désormais à s'assurer que les pouvoirs régionaux garantissent une place de choix à la promotion de la santé de façon à ce qu'elle puisse irriguer l'ensemble des politiques publiques.

5. Le mémorandum de la plateforme wallonne de promotion de la santé est en ligne ici : www.cbps-bw.be/memorandum-wallon ; et pour celui de la plateforme bruxelloise de la promotion de la santé, rendez-vous ici : www.cbps.be/pdf/Memorandum.pdf.

Les usagers, créateurs d'alternatives

> **Carine Serano**, chargée de projets et de communication à la Ligue des usagers des services de santé (LUSS) ¹

Comment articuler santé publique et promotion de la santé ? La réponse à cette question s'éclaire en partie grâce à la pratique de la Ligue des usagers des services de santé. En se donnant comme objectif d'assurer la participation des usagers au système de santé, la LUSS remplit en effet un rôle fondamental, celui de donner la possibilité au patient, parangon de la passivité ou de la soumission à la toute-puissance du pouvoir médical, de devenir un acteur, c'est-à-dire un citoyen en capacité de comprendre et donc de peser sur son propre devenir médical. Dans le présent numéro, Florence Caeymaex fait justement remarquer que « si les protections sociales de santé ont contribué à l'égalisation, elles n'en ont pas moins engendré des formes de pouvoir spécifiques, à travers des dispositifs biopolitiques (Foucault) exerçant une puissante normalisation des conduites, qui furent et sont encore l'objet d'une critique constante et nécessaire ». C'est précisément dans cette nécessité critique que s'inscrit l'approche de promotion de la santé mise en pratique par la LUSS. En cela, la LUSS expérimente et donne à voir une certaine façon de faire société où la notion de santé s'élargit à celle de qualité de vie dont la définition devient véritablement une histoire collective.

Nous vivons actuellement une période d'insécurité sociale assez marquée. Restriction sur le chômage, saut d'index, âge de la pension repoussé, report de l'application du tiers payant social ou augmentation du ticket modérateur... autant de mesures qui impacteront concrètement la vie des usagers, des citoyens, des patients.

Un fait assez marquant est certainement le manque d'explications claires aux citoyens sur la prise de ces mesures. Il est laissé une zone de flou et d'interprétation significative qui donne lieu à des réactions violentes dues à la peur. Les mouvements sociaux de grève et de manifestation sont traités médiati-

quement de manière particulière et génèrent plus de crainte et d'exaspération que de solidarité. Traitement dirigé de l'information, discours non nuancés, réactions excessives en conséquence et le citoyen au centre comme pris au piège d'un système qu'il ne peut plus comprendre et sur lequel il ne peut pas agir car on ne lui en donne pas les moyens.

Replaçons l'humain en tant que citoyen

Un des premiers principes de la démocratie en santé est de faire respecter le droit à la santé pour tous. Pour faire valoir ce droit, encore faut-il être au

1. LUSS asbl. www.luss.be

La Ligue des usagers des services de santé fête ses 15 ans : les statuts de la LUSS ont été déposés en novembre 1999 suite à l'impulsion d'un collectif d'usagers souhaitant intégrer un interlocuteur les représentant dans le système de santé. Aujourd'hui, la LUSS fédère 80 associations d'usagers. En 15 ans, elle a acquis une reconnaissance d'estime de la part des autres acteurs et occupe des sièges dans de nombreux organes de concertation tels le conseil supérieur de promotion de la santé, la commission fédérale des droits du patient, la section consultative de l'observatoire des maladies chroniques. Elle y transmet l'analyse et l'expertise émanant du travail de concertation qu'elle mène avec les usagers et les associations d'usagers. La LUSS a toujours été animée par la nécessité de remettre dans les mains de l'usager son pouvoir d'être acteur. Via la dynamique collective, qu'elle met en place, elle veut permettre aux potentialités de chacun de s'épanouir, de recréer un lien, de réunir des personnes qui se ressemblent et veulent évoluer dans un objectif commun. Via son action, la LUSS vise à outiller suffisamment les usagers pour qu'ils puissent prendre une part active à leur santé et à éveiller leur conscience à une citoyenneté active.

courant de son existence et être capable de le revendiquer et c'est là que le bât blesse. C'est un constat que nous avons pu faire à la LUSS (voir encadré). Les usagers que nous rencontrons ont un véritable besoin d'informations claires et nuancées, de mise en contexte des mesures prises et de prises au sérieux de leurs inquiétudes. Nous tentons par le biais des divers services que nous rendons aux usagers de leur permettre d'avoir accès à ces informations, mais pas seulement, nous travaillons avec eux pour qu'ils les comprennent, les intègrent et s'en servent pour mieux vivre.

Nous développons des partenariats avec les acteurs qui produisent de l'information. Nous estimons nécessaire qu'usagers et professionnels se rencontrent pour appréhender leurs réalités. Nous constatons que chacun se fabrique des images et fantasmes sur les autres acteurs qui l'entourent et que ces a priori faussent la façon dont on intègre ou interprète les informations. La rencontre permet de démystifier et de réhumaniser les choses.

En agissant de cette façon, notre préoccupation première est bien de replacer l'humain au cœur des débats et de travailler directement avec tous les acteurs pour lutter contre ce climat de méfiance et d'austérité. On valorise l'entraide, le partage. On essaie de donner à l'usager les clés qu'il faut pour comprendre le système dans lequel il vit.

Nous illustrons ce propos par des projets que nous menons avec les usagers, les associations et les

acteurs de la santé et du social comme autant de partenaires nécessaires à une meilleure compréhension du système. Et qu'au-delà de la compréhension, chacun puisse agir.

Des outils pour développer une conscience citoyenne

Les usagers ont besoin des outils nécessaires pour réinvestir leur citoyenneté. Il est utopiste de penser qu'il suffit de donner la possibilité de participer pour que la participation se fasse. Il est primordial de mettre en place les conditions nécessaires pour que les usagers apprivoisent cette possibilité et s'épanouissent dans ce processus.

En se basant sur des besoins exprimés par ses membres, la LUSS a développé des projets ayant pour objectif de donner aux usagers les outils nécessaires pour devenir acteur et ce dans de bonnes conditions.

Le programme de formation

Les associations d'usagers sont de plus en plus amenées à prendre part aux politiques de santé. Mais comment faciliter l'intégration des usagers et leur permettre de faire peser leur influence sur les mesures discutées? Quels outils leur donner pour leur permettre de comprendre le système? Comment aiguïser cette conscience citoyenne? C'est à ces questions que le programme de formation de la LUSS veut répondre.



Ce programme est développé sur trois volets :

- **Ma participation aux politiques de santé**
- **Développer mon association et faire entendre son point de vue**
- **Développer mes compétences relationnelles**

Pour correspondre aux réalités des associations qui sont amenées à participer aux politiques de santé, il était primordial de ne pas seulement s'attarder sur le niveau final du processus qui est la participation elle-même mais bien sûr les étapes donnant la possibilité à cette participation d'avoir lieu. Faire vivre une association, lui assurer une gestion saine et accessible, développer des outils d'écoute et d'échange entre pairs, construire des avis collectifs... autant d'éléments qui constituent les bases de la participation des usagers.

Le projet inform'action

La LUSS travaille depuis ses débuts sur l'accès à l'information. Les constats posés dans cet article ne sont pas neufs. En 2013, nous avons lancé le projet inform'action avec pour objectif de dégager des priorités en termes d'informations mais surtout des

pistes d'actions concrètes venant directement du terrain et des acteurs concernés. Associations d'usagers², collectifs d'usagers, professionnels de la santé et du social (mutuelle, CPAS, maison médicale...) ont mis sur pied un ensemble de propositions d'actions à présenter aux politiques (livret disponible à la LUSS sur demande).

L'intérêt de ce projet était de créer une dynamique collective d'acteurs aux statuts différents mais réunis dans un objectif commun et où chacun avait un poids égal dans les débats. Il a permis d'entendre des usagers s'exprimer sur la manière dont ils percevaient leur accès à l'information et leur gestion de cette information. Cela a permis à des professionnels de l'information de comprendre pourquoi il existe encore des failles dans leurs missions.

Les échanges de savoirs

Comme nous le développons plus haut, la solidarité est pour nous un vecteur très positif pour développer la conscience citoyenne de chacun. Quel meilleur moyen que d'entendre un pair exprimer conseils et expériences pour appréhender et com-

2. LANOY S., « Façons d'informer, manières de rencontrer les usagers : agir comme association de patients », in *Chainon*, n° 32, LUSS asbl, janvier-mars 2014

prendre une situation ? C'est l'approche que nous avons voulu développer avec le projet Échange de savoirs, projet basé comme il l'indique sur le partage d'expériences entre membres d'associations d'usagers³. La LUSS les incite à se montrer solidaires en venant partager leurs expériences sur des sujets essentiels pour la bonne gestion de leur association.

Le projet a pris d'emblée et nous avons été agréablement surpris de susciter autant d'enthousiasme et ce, quel que soit le sujet. Les thèmes abordés ne sont pas choisis au hasard et correspondent à des attentes exprimées par les associations.

Mais au-delà du thème en lui-même, l'équipe a pu constater qu'en temps normal les associations se rencontrent dans des cadres beaucoup plus stricts (concertation sur des thèmes bien précis) avec une optique de résultat (faire remonter l'avis des usagers vers les instances adéquates). Dans ce projet la rencontre est tout autre, plus détendue, plus humaine, déchargée de toute la pression inhérente au résultat. Cette dimension se ressent très fort dans les échanges. Les associations avaient exprimé le besoin d'être mises en réseau. La LUSS leur a permis d'échanger sur ce qui les rapproche le plus : leur quotidien. Il est primordial de respecter le rythme de chacun. Les associations sont pressées de toute part et il était du devoir de la LUSS de leur permettre de s'inscrire dans un processus totalement différent permettant et incitant à une participation décomplexée et sans pression.

La solidarité, vecteur de citoyenneté

Au travers de ces trois projets, nous constatons que cette solidarité retrouvée fait émerger de la créati-

tivité, l'envie de travailler ensemble et que ce terreau serait essentiel pour dégager de nouvelles pistes de solution à d'autres niveaux. Le citoyen doit être considéré comme un partenaire, et non uniquement comme un bénéficiaire. La LUSS est persuadée que c'est au sein même de la collectivité que se trouvent les solutions pour l'avenir, que se trouvent les pistes pour sauvegarder le droit à la santé pour tous. Ce n'est pas en mettant les citoyens sous pression, en les insécurisant qu'on leur permettra d'agir sur le système dans lequel ils évoluent. S'ils étaient outillés suffisamment et de manière constructive, il en ressortirait de nombreuses alternatives pour l'avenir.

Ne nous trompons-nous pas actuellement en faisant économie et parcimonie sur des secteurs essentiels à la dynamique collective, tels que la culture ? Les associations d'usagers sont encore aujourd'hui soumises à une précarité certaine quant à la pérennisation de leurs services, alors qu'elles représentent une solution efficace pour sauvegarder le lien social et redonner la confiance aux usagers.

Investir dans l'humain est un investissement à long terme, au-delà des slogans, au-delà des intentions. C'est donner le pouvoir d'être acteur de sa propre santé, c'est permettre aux associations de patients de développer des projets participatifs avec des objectifs à long terme, des actions qui permettent à tous les citoyens, hommes et femmes, jeunes, âgés, immigrés, en situation de précarité, de mieux comprendre le système, d'avoir les outils qu'il faut pour pouvoir prendre leur santé en mains. Tant d'actions qui permettront, à terme, d'avoir des citoyens en meilleure santé, des services mieux connus, des campagnes de prévention qui fonctionnent. De tels projets alternatifs existent. Il est urgent que les pouvoirs publics s'en saisissent

3. Serano C, « Échange de savoirs, entre solidarité et partage », in Chainon, no 33, p. 12 et suiv., LUSS asbl, avril-juin 2014

Promotion de la santé mentale

Le défi de la participation

> François Wyngaerden, sociologue, Institut de recherche santé et société, Université catholique de Louvain.

En Belgique, une personne sur quatre présente des difficultés psychologiques. 14 % de la population, vit avec un problème psychologique sérieux¹. En Europe de l'Ouest, les problèmes de santé mentale constituent 25 % des situations d'incapacité. Ils sont également la première cause de mort prématurée². On le voit, la santé mentale est un enjeu majeur de santé publique. Y faire face nécessite une prise de conscience de l'impact des problèmes de santé mentale dans tous les aspects de la vie sociale, une lutte contre le stigma associé aux soins de santé mentale, une amélioration de l'accès aux services de soins et une diminution des inégalités face aux problèmes de santé mentale³. Cet article se propose d'aborder la contribution de la promotion de la santé mentale à ces défis en mettant l'accent sur la participation des personnes à leur propre trajectoire de soins, à l'organisation des services en santé mentale et plus généralement à la vie sociale.

Une approche curative focalisée sur les seuls troubles psychiatriques s'avère vite insuffisante face aux multiples facettes de la santé mentale : l'estime de soi, les compétences sociales, la capacité de faire face à des changements, à influencer son environnement, la capacité à contribuer à la collectivité et à entretenir un certain équilibre émotionnel, toujours précaire⁴. Une telle vision de la santé mentale, que l'on désigne habituellement par « santé mentale positive », implique la prise en compte des expériences individuelles, des interactions sociales ou encore des valeurs culturelles de la société. La santé mentale n'est pas seulement une question de troubles vécus à un niveau individuel ou au niveau d'un système familial. La pauvreté, le chômage, l'exclusion sociale, la cohésion sociale font également partie de l'équation.

La promotion de la santé mentale se doit d'intégrer ces différentes facettes. Le chantier est large. Les facteurs qui influencent la santé mentale sont légion : le manque d'accès à l'éducation, aux soins de santé mais aussi le manque de nourriture, d'eau ou l'absence d'un toit. Des interactions positives avec les parents et un environnement préscolaire stimulant favorisent le développement de l'enfant et son bien-être mental. La qualité de l'environnement professionnel, des tâches valorisantes ou l'absence de conflits interpersonnels influencent l'estime de soi et les réseaux sociaux. Ainsi, promouvoir la santé mentale, nécessite de tenir compte des répercussions potentielles de l'ensemble des politiques d'intérêt public sur la santé mentale⁵, avec pour objectif de créer des environnements favorables et porteurs au travail, à l'école, etc.⁶.

1. GISLE L., *Enquête de santé par interview*, Belgique 2008, Santé mentale, Institut Scientifique de Santé Publique.

2. MARSHALL W., CHAPMAN D., LANDO J., *The role of public health in mental health promotion*, J. Am. Med. Assoc., 2005.

3. *Ibid.*

4. JANÉ-LLOPIS E., BARRY M.M., HOSMAN C., Patel V., *Mental health promotion works: a review*, Promot. Educ., 2005, 12(9).

5. *Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe, Relever les défis, trouver des solutions*, World Health Organization, Helsinki, 2005.

6. *The Ottawa Charter for Health Promotion*, The first International Conference on Health Promotion, World Health Organization, Ottawa, 1986.



Soutenir le pouvoir d'agir

Mais promouvoir une santé mentale positive implique surtout le développement de dynamiques participatives qui soutiennent le pouvoir d'agir des personnes et des communautés, ou comme évoqué plus haut, leur capacité à faire face à des changements ou à influencer leur environnement. De plus, un changement est d'autant plus susceptible d'arriver, et sera d'autant plus adapté, que les personnes directement touchées par ce changement sont impliquées dans le processus. La charte d'Ottawa s'inscrit dans cette perspective en invitant à soutenir les aptitudes individuelles permettant aux personnes d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci. La charte invite à réorienter les services pour qu'ils partagent le pouvoir avec d'autres disciplines et avec la population elle-même. La déclaration d'Helsinki invite au développement des capacités et des compétences des familles et de l'entourage dans le

domaine des soins et de la gestion des difficultés, et au soutien à la participation active des personnes dans les programmes de soins. Les approches interactives et participatives sont aujourd'hui largement reconnues comme donnant de meilleurs résultats⁷.

À cet égard, les services de soins de santé mentale ont un rôle important à jouer. La promotion de la santé mentale ne s'adresse pas seulement à la population générale. Les personnes qui utilisent les services et vivent avec un problème de santé mentale sont également susceptibles de bénéficier d'un processus de développement du pouvoir d'agir. De plus, promouvoir la participation au sein des services est susceptible de casser l'image d'exclusion de la vie sociale qui reste attachée aux services de soins en santé mentale et aux personnes qui utilisent ces services. Plusieurs mouvements internationaux dans le domaine de la santé mentale ainsi que de nombreuses publications scientifiques vont clairement dans ce sens. Le mouvement du « rétablissement »

7. JANÉ-LLOPIS E., BARRY M.M., *What makes mental health promotion effective?*, Promot. Educ., 2005, suppl 2:47-55, 64, 70.

soutient l'idée d'un processus de changement au rythme de la personne, déterminé par ses propres choix⁸. Les pratiques qui ont fait leurs preuves intègrent toutes l'idée de participation : la psychoéducation des familles informe et implique ceux qui sont souvent les aidants de première ligne ; les équipes de suivis intensifs (ACT) partent des compétences des personnes pour vivre en interaction avec les autres dans la communauté ; le soutien à l'emploi accompagne les personnes à partir de leurs préférences⁹.

La participation des personnes à leur trajectoire de soins, à l'organisation des services ou plus largement, à la vie sociale passe par une multitude de pratiques et de dispositifs. Ils sont, pour la plupart, mis en œuvre en Belgique, mais restent confinés à des initiatives locales et ne sont pas considérés comme des éléments d'une politique globale de soutien à la participation ni comme un moyen de promouvoir une santé mentale positive. Cet article se propose de passer ces pratiques en revue, en distinguant les niveaux individuel (trajectoire de soins), organisationnel (mise à disposition de services) et sociétal (prise de parole publique).

Une « médecine personnelle »

Au niveau individuel, nous retrouvons toutes les décisions et les comportements d'une personne qui ont de l'impact sur sa propre santé et qui lui permettent de vivre une vie satisfaisante, avec ses difficultés. C'est ce que Patricia Deegan, une ancienne patiente devenue docteur en psychologie, appelle sa « médecine personnelle¹⁰ », y incluant les activités qui donnent sens à sa vie ou qui augmentent son estime d'elle-même. Les termes d'« empowerment¹¹ », entendu comme le développement du pouvoir d'agir, et de « self-care¹² », entendu comme l'augmentation du choix et du contrôle sur la trajectoire de soins, sont souvent associés à ce type de démarche. Les services de soins en santé mentale peuvent développer des pratiques dans ce sens. Ainsi, les processus de décisions partagées proposent de repenser la compliance au traitement dans le cadre d'une relation de collaboration où médecin et patient assument ensemble la responsabilité de la mise sur pied d'un traitement adéquat¹³. Le traitement devient alors un processus de coconstruction où les expertises

des deux parties se complètent. Pratiquement, des outils permettent aux personnes de rapporter à leur médecin des informations plus précises sur leur vécu de la médication et aux médecins de mieux répondre aux interrogations de leurs patients. Dans un même esprit, mais sur une autre thématique, l'intervention de réseau¹⁴ est un processus d'identification des personnes offrant du support social à un patient et des liens qu'elles entretiennent entre elles. L'objectif est, sur cette base, de déterminer, avec le patient, des objectifs en termes de développement des relations sociales et de coordination de ses ressources. Les directives anticipées en psychiatrie sont un autre exemple d'implication des personnes, ici face aux situations de crise. Une personne vivant avec des problèmes de santé mentale fait valoir, dans un document, des préférences de prise en charge et désigne une personne de confiance pour les situations où elle ne serait plus en mesure d'exercer ses droits elle-même. Au-delà du document, il s'agit surtout d'un processus qui permet à la personne d'élaborer à partir des expériences passées pour faire face à celles éventuellement à venir, en lien avec ses soignants de référence¹⁵. Il existe également des « boîtes à outils » intégrées qui reprennent de nombreux outils susceptibles d'être utiles à une personne qui fait face à des problèmes de santé mentale importants. Ainsi le « Wellness Recovery Action Plan¹⁶ » contient un outil centré sur les ressources de la personne, les activités quotidiennes et les éléments qui favorisent le bien-être, un outil permettant à la personne d'identifier les situations stressantes et d'y faire face, un autre pour les signes avant-coureurs d'une situation de crise, les directives anticipées, un plan de crise, etc.

Le soutien des pairs

Au niveau organisationnel, nous mentionnerons les services disponibles dans la communauté, qui favorisent l'implication des personnes non seulement dans leur propre trajectoire de soins mais également dans l'organisation même de ces services. À cet égard, le soutien par les pairs est probablement l'ensemble de pratiques le plus largement reconnu. L'entraide mutuelle entre pairs, sous la forme de groupes de parole ou d'activités de loisirs entre pairs¹⁷ est parmi les initiatives les plus porteuses. Elles augmentent le réseau social, renforcent l'espoir

8. FARKAS M., GAGNE C., ANTHONY W., CHAMBERLIN J., *Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions*, Community Ment. Health J., 2005, 41(2), 141-58. SALYERS M., MATTHIAS M., SIDENBENDER S., GREEN A., *Patient Activation in Schizophrenia: Insights from Stories of Illness and Recovery*, Adm. Policy Ment. Health, Ment. Health Serv. Res., 2013, 40(5), 419-27.

9. BOND G., SALYERS M., ROLLINS A., RAPP C., ZIPPLE A., *How evidence-based practices contribute to community integration*, Community Ment Health J., 2004, 40(6), 569-88.

10. DEEGAN P., DRAKE R., *Shared decision making and medication management in the recovery process*, Psychiatr Serv., 2006, 57(11), 1636-9.

11. AUJOULAT I., MARCOLONGO R., BONADIMAN L., DECCACHE A., *Reconsidering patient empowerment in chronic illness: A critique of models of self-efficacy and bodily control*, SocSci Med., 2008, 66(5), 1228-39.

12. LUCOCK M., GILLARD S., ADAMS K., SIMONS L., WHITE R., EDWARDS C., *Self-care in mental health services: A narrative review*, Health Soc. Care Community, 2011, 19(6), 602-16.

13. DEEGAN P., DRAKE R., *op. cit.*

14. PINTO R., *Using social network interventions to improve mentally ill clients' well-being*, Clin Soc. Work J., 2006, 34(1), 83-100.

15. NICAISE P., LORANT V., DUBOIS V., *Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review*, Health Soc. Care Community, 2013, 21(1), 1-14. HENDERSON C., FLOOD C., LEESE M., THORNICROFT G., SUTHERBY K., SZMUKLER G., *Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: Single blind randomised controlled trial*, Br. Med. J. 2004, 329(7458), 136-8.

16. COPELAND M., *Wellness recovery action plan*, Brattleboro, VT, Peach Press, 1997. DAVIDSON L., CHINMAN M., KLOOS B., WEINGARTEN R., STAYNER D., Tebes J., *Peer Support among Individuals with Severe Mental Illness: A Review of the Evidence*, ClinPsycholSciPract., 1999, 6(2), 165-87.

17. En Belgique francophone, les associations d'usagers en santé mentale sont regroupées au sein de l'asbl Psytoyens.

et le pouvoir d'agir¹⁸. L'entraide entre pairs favorise également une meilleure satisfaction par rapport aux services de soins¹⁹. Les personnes trouvent, dans l'entraide mutuelle, des ressources pour mieux appréhender et mieux se positionner vis-à-vis des ressources professionnelles qui sont à leur disposition. Les services organisés par les usagers (« consumer-run services²⁰ ») sont un autre aspect du soutien par les pairs. Ce sont des services indépendants, mis sur pied par des usagers, qui proposent des lieux de rencontres et d'activités²¹, des ateliers artistiques, de l'hébergement, du soutien à l'emploi et bien d'autres choses. Dans ce type de cadre, l'aide n'est pas uniquement mutuelle, puisque ces services engagent souvent des professionnels. Malgré cela, les valeurs de l'entraide sont présentes et la distance soignant/soigné n'est pas gérée de la même manière que dans un service habituel, du fait de la part active que prennent usagers et ex-usagers dans l'organisation. Ces organisations permettent à des personnes ayant vécu des difficultés parfois importantes d'assumer des responsabilités valorisantes et de constituer un exemple mobilisateur pour d'autres personnes qui sont peut-être plus loin dans leur parcours de rétablissement. L'engagement d'usagers comme soignants est une pratique plus récente qui prend également comme base le soutien par les pairs. Les « pairs aidants » ou les « experts d'expérience » sont engagés comme soignants sur base de leur expérience des services et du rétablissement. Cette expérience est une plus-value à plusieurs titres pour les services et les soignants. Les pairs aidants peuvent toucher des personnes rétives à l'utilisation de services en santé mentale. Face à ces personnes, ils partagent leur expérience et offrent de l'espoir. Il semble également que l'engagement de pairs aidants augmente la qualité de vie des patients et aide à limiter les hospitalisations. Les pairs aidants sont susceptibles de soutenir leurs collègues professionnels, eux qui rencontrent le plus souvent les patients dans des situations difficiles, en leur montrant que le rétablissement est possible²². Pour finir, l'inclusion du point de vue des usagers dans tous les aspects de gestion des services se développe de plus en plus et est considérée comme une valeur ajoutée importante²³. Usagers membres des conseils d'administration, comités d'usagers au sein de services de soins, implication d'associations d'usagers dans des

commissions consultatives: les possibilités sont nombreuses.

Plaidoyer pour la santé mentale

Au niveau sociétal, enfin, la participation des usagers prend la forme d'une prise de parole publique, une diffusion de la réalité du vécu des usagers, de leurs difficultés mais surtout de leur rétablissement. La promotion de la santé mentale, c'est également la promotion de l'espoir, des droits humains et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. C'est dans cette perspective que l'Organisation Mondiale de la Santé promeut le mouvement du Plaidoyer pour la santé mentale (« mental health advocacy²⁴ »). Initié par la prise de parole publique des associations d'usagers, ce mouvement a légitimé l'apport des usagers aux politiques de santé et à la lutte contre la stigmatisation. Les pratiques d'advocacy qui vont de la défense des droits à la sensibilisation du grand public²⁵ en passant par la formation des professionnels par des usagers sont maintenant considérées comme un élément clef d'une politique de santé mentale.

On le voit, le paysage psycho-médico-social belge fourmille d'initiatives originales et innovantes valorisant la participation des usagers. Ces initiatives n'ont cependant pas, jusqu'ici, été pensées comme un ensemble de pratiques à intégrer dans une politique de promotion de la santé mentale. À cet égard, une vision politique claire manque cruellement. Pourtant la participation des usagers est susceptible de contribuer aux défis de santé publique auxquelles la complexité des problèmes de santé mentale nous confronte actuellement: elle peut contribuer à diminuer les inégalités de santé, en permettant la prise en compte de la singularité de chaque situation et en soutenant le développement du pouvoir d'agir des personnes; elle peut contribuer à améliorer l'accès aux soins en valorisant l'entraide entre pairs et l'engagement d'usagers dans les services; elle peut contribuer à diminuer la stigmatisation et à augmenter l'espoir d'un rétablissement, en diffusant les expériences et les contributions des usagers. Elle peut surtout contribuer à augmenter la conscientisation de la complexité des problèmes de santé mentale et soutenir une approche globale articulant soutien individuel et initiatives collectives.

18. SEGAL S., SILVERMAN C., *Determinants of client outcomes in self-help agencies*, Psychiatr. Serv., 2002, 53(3), 304-9.

19. HODGES J., MARKWARD M., Keele C., EVANS C., *Use of self-help services and consumer satisfaction with professional mental health services*, Psychiatr. Serv., 2003; 54(8), 1161-3.

20. DAVIDSON L., CHINMAN M., KLOOS B., WEINGARTEN R., STAYNER D., TEBES J., *op. cit.*

21. En Belgique francophone, des initiatives comme le Piano cocktail à Bruxelles ou les clubs thérapeutiques/de loisirs en Wallonie sont ce qui se rapproche le plus de ce type de service.

22. ASHCRAFT L., ANTHONY W., *The Value of Peer Employees*, BehavHealthc., 2007. SIMPSON E., HOUSE A., *Involving users in the delivery and evaluation of mental health service*, Systematic review, Br. Med. J., 2002, 325(7375), 1265-8.

23. McCANN T., BAIRD J., CLARK E., LU S., *Beliefs about using consumer consultants in inpatient psychiatric units*, Int. J. Ment. Health Nurs., 2006 15(4), 258-65. FUNK M., MINOLETTI A., DREW N., TAYLOR J., SARACENO B., *Advocacy for mental health: roles for consumer and family organizations and governments*, Health Promot. Int., 2006, Mar. 1; 21(1), 70-5.

24. *Advocacy for mental health*. World Health Organization; 2003.

25. En Belgique, la première « MadPride » a eu lieu à Bruxelles le 8 octobre 2011, organisée conjointement par les asbl Psytoyens et Uilenspiegel.

Quality Nights : la fête en santé.

> L'équipe du centre bruxellois de promotion de la santé (CBPS), Michael Hogge (Eurotox)

Mettre en œuvre un projet visant à améliorer le bien-être en milieu festif, c'est ce que vise le label Quality Nights. Créé en 2007, il a été évalué une première fois en 2009, mais uniquement via la consultation des patrons des 13 lieux de fêtes bruxellois labellisés. Y associer l'avis des fêtards, c'était inscrire un peu plus encore l'initiative dans une perspective de promotion de la santé. Ce deuxième travail d'évaluation résumé ici a été réalisé par le centre bruxellois de promotion de la santé (CBPS) et l'Observatoire socio-épidémiologique Alcool-Drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles (Eurotox).

Un label pour offrir des services de promotion de la santé

Il arrive au public des fêtards — principalement jeunes — de prendre des risques dans le cadre des sorties. Pour un lieu festif tel une discothèque, adhérer au label permet d'offrir des solutions pérennes et adaptées aux risques liés au contexte de la fête : risques auditifs, risques liés à la consommation de produits psychotropes, retour au domicile, relations sexuelles non protégées, conflits et violences, etc.

C'est pour apporter des réponses à ces situations que l'asbl Modus Vivendi a organisé la mise en place du projet Quality Nights (QN). Il s'agit d'un label de bien-être octroyé à une série de lieux de sortie (discothèques, soirées, salles de concert ou cafés dansants) se portant volontaire pour améliorer les conditions d'accueil des fêtards dans leur lieu de sortie. Ce projet s'appuie naturellement sur la concertation, la participation et la formation de ceux qui proposent l'environnement et le contexte de la fête, à savoir

les organisateurs de soirées, les patrons de boîtes et leur personnel, de manière à responsabiliser durablement ces « acteurs de la fête ». Ils sont ainsi préalablement sensibilisés à la réduction des risques et aux premiers secours, à la gestion non-violente des conflits ou encore aux risques liés aux nuisances sonores.

Actuellement, les services liés à l'obtention du label QN sont les suivants : mise à disposition d'eau gratuite, de préservatifs et de bouchons d'oreille à prix modéré, la diffusion d'alertes précoces en cas de circulation de produits psychotropes dangereux, la formation du personnel (sur des thématiques de santé liées à la fête et sur les moyens de réduire les risques) et la mise à disposition d'information sur la santé (risques liés à la consommation excessive d'alcool et de drogues, maladies sexuellement transmissibles). En avril 2014, **QN comptabilisait 13 lieux labellisés à Bruxelles et 17 en Wallonie**, et ce label s'est récemment décliné de manière à pouvoir proposer des services équivalents sur les lieux de festival.



Une évaluation du label et de son impact

En 2009, une évaluation du processus de labellisation avait été réalisée auprès des patrons de boîte. Une évaluation complémentaire du projet a été menée à Bruxelles conjointement par le CBPS et Eurotox en 2013, afin d'évaluer le processus et tenter de cerner l'empreinte de ce label auprès des fêtards : que connaissent-ils des services mis à leur disposition ? Les utilisent-ils ? Le label Quality Nights a-t-il du sens pour eux ? Pour ce faire, deux dispositifs de récolte de données ont été organisés : un volet quantitatif traité par Eurotox et permettant de mesurer la connaissance et l'utilisation du label et des services dans les lieux labellisés, et un volet qualitatif conduit par le CBPS pour mesurer la perception et la pertinence du label, l'impact de la communication et pour dégager de nouvelles pistes d'intervention.

Le **volet quantitatif** a été réalisé à l'aide d'un questionnaire auto-administré proposé à un échantillon de 601 personnes fréquentant les établissements labellisés QN à Bruxelles. L'échantillon était composé d'un nombre équivalent d'hommes et de femmes, dont la moyenne d'âge était de 27 ans, fréquentant de manière régulière, pour la plupart, les milieux de la nuit. Les **données qualitatives** ont été recueillies au travers de 8 focus groupes réunissant au total une soixantaine de personnes,

femmes et hommes de 17 à 50 ans, fréquentant les lieux de sortie. Les entretiens ont permis à ceux-ci de témoigner de ce que représente la fête pour eux, des plaisirs mais aussi des problèmes rencontrés et de la manière d'y faire face.

La fête, ses joies, ses peines

Pour le public des lieux festifs bruxellois, c'est l'ambiance qui génère, ou non, la réussite d'une fête, car elle favorise la liberté que chacun peut s'accorder à se laisser aller, à se détendre, à oublier son stress. Faire la fête, c'est donner de l'espace à la rencontre et au plaisir : « *se laisser aller, ne pas être stressé, s'alléger la tête en regardant d'autres gens qu'on ne connaît pas.* » Mais des problèmes récurrents se posent dans les endroits surpeuplés, lesquels suscitent tensions, altercations, bagarres. Sortir, faire la fête, c'est aussi s'exposer. S'exposer aux autres, aux garçons pour les filles, « *à un cocktail d'agressivité et de gaieté qui (nous) amène à faire n'importe quoi.* » Pour beaucoup, la fête doit être arrosée... mais pas trop : le plaisir qu'on y a pris se mesure à l'aune de l'après (« *il faut s'en souvenir* »). Si faire la fête suppose pour beaucoup la liberté et l'insouciance, celles-ci ne sont pas exemptes de limites et doivent être tempérées par le respect des autres, vécu comme essentiel pour bien s'amuser. C'est ce respect qui prévient des éventuels débordements et des limites organisationnelles qui peuvent parfois favoriser les bousculades dans les files d'attente notamment. Car il importe aussi de « *pouvoir se dire, le lendemain matin, j'ai passé une bonne soirée, je me suis bien amusé, c'était sympa.* »

Sortir, c'est rechercher, rechercher du plaisir, des contacts mais, peut-être aussi, perdre : perdre de vue ses amis, ses affaires personnelles, et parfois ses limites habituelles... Sortir implique aussi de quitter la fête pour rentrer. Cela renvoie aux risques que fait courir l'extérieur du lieu : son accessibilité, la sécurité du quartier, les moyens de transport, l'état d'ébriété des personnes. Un lieu qui n'est accessible qu'en voiture, par exemple, potentialise les risques. D'autant plus que le recours aux taxis n'est pas toujours possible « *le chauffeur de taxi m'a dit qu'il ne voulait pas me ramener, que je n'avais qu'à marcher. Sauf que le tronçon que je dois marcher est dans le noir, il n'y a pas d'éclairage* », « *on n'a pas envie de se mettre en danger.* »

En ce qui concerne les risques liés à la santé, ce sont les conséquences d'alcoolisation excessive, le niveau sonore trop élevé, ou encore l'agressivité qui sont surtout cités comme problématiques. Les risques encourus par la consommation d'alcool ou de drogues sont généralement identifiés au regard du type de produit consommé et du dosage qui peut entraîner « *bad trips* » et « *mauvaises descentes* ». Le risque est dès lors identifié dans la méconnaissance d'un produit ou à la mauvaise gestion de son usage.

Après avoir répertorié les risques énumérés par les fêtards, il est aussi intéressant d'examiner la manière dont ils imaginent y faire face. Très vite, il apparaît que la réduction de ces risques, leur gestion, est considérée à plusieurs niveaux. Les fêtards pointent d'une part leur responsabilité à un niveau individuel mais aussi la responsabilité collective et celle des organisateurs, d'où l'importance des moyens mis en œuvre par le label.

Connaître les services liés au label

Globalement, l'enquête quantitative montre que les services proposés dans le cadre de QN semblent répondre à un besoin du public. La quasi-totalité des personnes interrogées estime qu'il est important de rendre ces services accessibles en milieu festif. Néanmoins, il ne leur paraît pas forcément indispensable que ces services soient rendus disponibles à travers un label de qualité spécifique : ce qui importe avant tout, c'est que ces services existent, qu'on le fasse savoir et qu'ainsi, ils leur soient accessibles. Les données montrent que ces services sont globalement bien utilisés par les personnes qui ont déclaré les connaître mais l'évaluation quantitative fait émerger un autre constat : **les services du label QN sont insuffisamment connus du public**. Même les personnes qui fréquentent régulièrement ces endroits ne connaissent pas forcément leur existence. Pourtant, quand ils sont identifiés comme tels, ils rassurent les clients et renforcent l'image du lieu.

Certains services sont toutefois mieux connus que d'autres (i.e. accès à de l'eau gratuite et à des préservatifs à prix modique), mais le public estime majoritairement qu'ils ne sont pas suffisamment « visibles » au sein des lieux labellisés, et les personnes qui en font usage ne savent pas forcément qu'ils sont mis à disposition du public dans le cadre du label QN, qui est au demeurant très peu connu du public.

Ce manque de visibilité des services et du label QN est une conséquence directe de l'absence de promotion au sein même des lieux labellisés, qui entraînent une méconnaissance et, a fortiori, une sous-utilisation de ces services. « *Il faudrait mettre un panneau qui indique que c'est un droit de pouvoir demander de l'eau* », « *les bouchons d'oreilles, c'est une bonne idée mais souvent, ils ne sont pas accessibles facilement, ils ne sont pas promus, ils ne sont pas visibles.* »

Connaissance, utilisation et importance de l'accessibilité des services mis en place par le label Quality Nights selon le public rencontré dans les établissements bruxellois labellisés QN (2013 ; N = 601)

Services du label QualityNights	Connu	Utilisé*	Important**
Eau potable gratuite	52,6 %	76,3 %	96,4 %
Préservatifs à prix modique	50,6 %	33,9 %	91,4 %
Bouchons d'oreilles à prix modique	44,8 %	67,3 %	82,6 %
Brochures/flyers de sensibilisation	42,8 %	39,3 %	68,4 %
Des informations sur les alertes précoces ?	26,6 %	26,3 %	75,4 %

* Parmi les répondants ayant déclaré connaître le service

** Accessibilité du service jugée très ou moyennement importante

Améliorer la visibilité des services du label

Beaucoup de fêtards relèvent que même si les services existent, ils manquent en visibilité et en accessibilité : « *il y a un manque d'information, je n'ai jamais vu le logo, je ne sais pas à quoi il ressemble. Et pourtant je viens souvent ici et je n'en ai jamais entendu parler* », « *il faudrait mettre un panneau qui indique que c'est un droit de pouvoir demander de l'eau* ».

L'évaluation s'est également penchée sur les « leviers potentiels » qui permettraient d'améliorer la visibilité des services mis en place par le label QN. S'il apparaît que l'affichage dans un lieu de sortie et le bouche-à-oreille sont les modalités de connaissance des services les plus fréquemment cités dans l'enquête quantitative par ceux qui en connaissent l'existence¹, on constate que les réseaux sociaux constituent, et de loin, le moyen de promotion du label le plus fréquemment préconisé, suivi par la presse, et l'affichage dans les lieux de sortie. Mais d'autres moyens (site internet, affichage dans les transports en commun, etc.) sont également cités par un nombre non négligeable de répondants, ce

1. Quoique l'on constate que les étudiants ont davantage pris connaissance de ces services via les réseaux sociaux, des amis, ou encore leur(s) réseau(x) d'étudiant.

qui met à nouveau en évidence qu'il n'y a pas forcément une seule méthode de promotion efficace, et qu'il faut multiplier les outils de promotion afin de toucher chacun dans sa singularité.

Toucher le public

L'évaluation fait émerger un dernier constat important et plus général, relatif à la disponibilité du public à recevoir des conseils et informations préventives sur les risques liés aux sorties festives. Il apparaît en fait que cette disponibilité en termes de moments et d'endroits varie fortement d'une personne à l'autre, et pas forcément en relation avec son profil socio-démographique (âge, sexe, etc.). Il n'y a donc pas forcément un moment optimal pour diffuser de tels conseils au public (ou groupes spécifiques), et il est plutôt nécessaire de multiplier les moments ainsi que, probablement, les outils de sensibilisation, afin de s'adapter à la disponibilité de chacun et d'augmenter les chances de toucher individuellement.

Au-delà même du label QN, la question qui se pose plus largement est celle de la disponibilité des fêtards aux conseils de réduction des risques sur le lieu de sortie. La perception des services peut varier, elle suscite des réactions différentes en lien avec les valeurs, des contextes et des représentations de chacun. Certains disent combien il s'agit d'une approche utile mais qui demande réflexion et une vraie connaissance du terrain afin de ne pas provoquer d'équivoque « *Ces histoires de prévention font un peu office de réprimande alors que ce sont des choses qui devraient aller de soi. Quand je vois des stands avec des brochures et le reste, j'ai envie de dire : les gars, on sort en boîte, on fait la fête, on boit de l'alcool parce qu'on a envie de faire des trucs qu'on ne fait pas chez soi.* » Certains préconisent que les lieux puissent s'approprier la philosophie de la réduction des risques en intégrant les services selon leur approche.

« Je trouve qu'il y a des choses qui ne sont pas tout à fait taboues mais qui posent question, par exemple les kits sniff. Je pense que ça ne passe pas partout et qu'il y a des gens qui ne comprennent pas le sens. Tu ne peux pas distribuer des kits comme ça d'une manière sauvage. Ça veut dire que le lieu accepte qu'il y ait des gens qui prennent de la drogue chez eux. Je pense que c'est de la prévention et que c'est

utile, mais cela reste difficile... Ça peut faire passer quelque chose de malsain. »

Évaluer, participer

Les services proposés par QN semblent bien répondre à un besoin du public. Mais si le label a du sens et qu'il est perçu comme utile, il reste peu connu. Les services manquent de visibilité et un effort doit manifestement être consenti au sein des lieux de sortie pour permettre au public d'y avoir plus facilement accès. Ceci plaide pour une réflexion à mener avec les responsables de lieux de sortie. Véritable plus-value pour ceux-ci, la promotion du label semblerait gagner à être travaillée par les initiateurs de QN en étroite collaboration avec les responsables de ces lieux.

À la lecture des résultats des deux volets de l'évaluation, il semble important d'expliquer et de communiquer par rapport à la démarche de réduction des risques, encore mal connue, et au sens de la mise en place du label à l'attention des utilisateurs.

Une série de suggestions sont également proposées par les personnes interrogées pour la mise en œuvre de nouveaux services : mise à disposition d'alcootests, d'un service BOB, création d'espaces plus calmes dans les lieux de sortie, limitation du niveau sonore, accès gratuit aux toilettes, formation permanente du personnel. Un autre volet des propositions attire aussi l'attention sur les partenariats à nourrir avec d'autres entités concernées par l'environnement de la fête pour ce qui concerne, par exemple, la réflexion à mener quant à la façon de renforcer le sentiment de sécurité aux alentours des lieux de sortie, la collaboration des transports publics (STIB, Noctis) et les sociétés de taxis.

Plus globalement, cette évaluation du projet QN met clairement en lumière l'intérêt d'une concertation de tous les acteurs concernés (fêtards, organisateurs, professionnels de la prévention, pouvoirs publics) pour mettre en œuvre des outils de réduction des risques qui soient perçus par tous comme une réelle plus-value en termes de promotion de la santé et qui s'inscrivent naturellement dans une démarche citoyenne.

Le projet QN bénéficie d'un site où le rapport d'évaluation peut être consulté : www.qualitynights.be

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)
- 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)
- Alcool (n^{os} 32, 66)
- Tabac (n^o 33)
- Alicaments (n^o 19)
- Ordinateur et internet (n^{os} 47, 69)
- Amour (n^o 48)

Pratiques professionnelles

- Promotion de la santé (n^{os} 31, 34, 56, 61, 71)
- Pratiques de prévention (n^{os} 31, 50, 59, 60, 63, 70)
- Réduction des risques (n^{os} 27, 28, 54)
- 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)
- Pauvreté, marginalité et exclusion (n^{os} 11, 12, 36, 37)
- Culture et consommation (n^{os} 5, 17, 30, 58, 62)

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

71

Périodique trimestriel
hiver 2014

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 l'articulation entre santé publique et promotion de la santé.

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

www.prospective-jeunesse.be



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles
et agréé par la Commission communautaire française
de la région de Bruxelles-Capitale

