



plus nécessaire
que jamais!

**PRÉVENTION MENAÇANTE,
PRÉVENTION PRÉVENANTE:
REGARDS ANTHROPOLOGIQUES
SUR UN CONCEPT POLYSÉMIQUE**

Christine Barras

**L'INTERVENTION
PRÉCOCE ET LES
ADDICTIONS**

Marie Cornut

**PRÉVENIR, C'EST
VENIR AVANT.
MAIS AVANT
QUOI?**

Antoine Boucher

**LE RÔLE DE
L'AIDE EN
LIGNE DANS LA
PRÉVENTION
EN MATIÈRE
D'ALCOOL ET
DE JEUX**

Emilia Bogdanowicz

**LE DÉVELOPPEMENT DES
COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES:
LA VERSION PROBANTE DE LA
PRÉVENTION**

Edgar Szoc

UN TRAVAIL DANS UNE OPTIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Prospective Jeunesse est un centre d'étude et de formation, actif dans le domaine de la promotion de la santé, fondé en 1978.

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus et aux communautés davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Son ambition est le bien-être global de l'individu, sur les plans physique, mental et social. La santé ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité et ne doit pas être associée exclusivement au domaine médical et curatif.

Notre mission première est de prévenir les consommations problématiques et les dépendances liées aux produits psychotropes ou aux écrans chez les jeunes. Nous mettons notre expertise au service des équipes qui souhaitent construire un projet de prévention au sein de leur institution, mais aussi de toute personne rencontrant des questions ou des difficultés en lien avec la consommation de produits psychotropes ou des écrans.

Notre approche de prévention ne vise pas à empêcher les jeunes d'entrer en contact avec les produits psychotropes ou les écrans, mais bien à les aider à mobiliser les ressources qui leur permettront de prendre en main leur santé, d'être acteurs.trices de leur bien-être et ainsi d'éviter de développer des consommations problématiques et des dépendances.



Drogues, Santé, Prévention est la revue trimestrielle de Belgique francophone sur les usages de drogues. Elle constitue un outil de travail destiné aux professionnels du social et de la santé en quête de compréhension de ce phénomène (promotion de la santé, toxicomanie, jeunesse, scolaire, santé mentale, aide à la jeunesse, travail social...).

Publiée par Prospective Jeunesse, elle s'inscrit dans une vision de promotion de la santé. Elle permet au lectorat d'exercer un regard critique, complexe et curieux sur les usages de drogues, d'enrichir sa posture professionnelle et d'identifier des pistes d'action.



Editeur responsable

Guilhem de Crombrughe

Rédacteur en chef

Edgar Szoc

Comité d'accompagnement

Christine Barras,
Line Beauchesne, Marc Budo,
Elodie Della Rossa,
Christel Depierreux,
Manuel Dupuis, Sarah Fautré,
Damien Favresse, Sabine Gilis,
Sarah Hassan, Michaël Hogge,
Alexis Jurdant, Elise Robaux,
Patricia Thiebaut,
Jacques Van Russelt

Ont collaboré à ce numéro

Monika Michalik

Illustrations

In-graphics.be

Impression

Nuance 4, Naninne

Graphisme et mise en page

In-graphics.be

Les articles publiés reflètent les opinions de leurs auteurs mais pas nécessairement celles de Prospective Jeunesse. Ces articles peuvent être reproduits moyennant la citation des sources. Ni Prospective Jeunesse, ni aucune personne agissant au nom de celle-ci, n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations reprises dans cette revue.

Table des matières

4	9	14	19
Prévention menaçante, prévention prévenante: regards anthropologiques sur un concept polysémique <i>Christine Barras</i>	L'intervention précoce et les addictions <i>Marie Cornut</i>	La prévention en chiffres	Le rôle de l'aide en ligne dans la prévention en matière d'alcool et de jeux <i>Emilia Bogdanowicz</i>
	11	16	22
	Prévenir, c'est venir avant. Mais avant quoi? <i>Antoine Boucher</i>	Le développement des compétences psychosociales: la version probante de la prévention <i>Edgar Szoc</i>	Bibliographie <i>Edgar Szoc</i>

— Edito —

Prévention: plus nécessaire que jamais!

En matière de santé publique, la prévention reste le parent pauvre. C'est vrai symboliquement, mais c'est tout aussi vrai budgétairement : selon Eurostat, la prévention ne représente en effet que 2,8 % de l'ensemble des dépenses en soins de santé au sein de l'Union européenne. Et la situation est encore pire en Belgique puisque le chiffre y est de 1,7 % (soit une somme annuelle ridiculement basse de 69 euros par habitant). Le paradoxe veut que ce parent pauvre pourrait... nous enrichir considérablement. Ainsi une étude américaine évalue à 18 pour 1 le rapport entre chaque dollar de budget dépensé dans la généralisation des programmes de prévention scolaire et les économies à long terme qui pourraient découler de cet investissement (voir la rubrique Chiffres de ce numéro).

Dictées par l'urgence, le nez perpétuellement dans le guidon, les politiques publiques agissent bien trop souvent en aval d'une situation dont la survenue aurait

pu être évitée à des coûts nettement moindres en amont. Dans la situation de crise économique qui est la nôtre, et qui ne risque pas de s'améliorer de sitôt, cette forme de myopie institutionnelle relève, si pas de la non-assistance à personne en danger, du moins de la mise en danger de la vie d'autrui par défaut de prévoyance.

Le constat est d'autant plus accablant que l'efficacité des programmes de prévention ne s'appuie pas sur les seules déclarations de celles et ceux qui les mettent en œuvre : elle a fait l'objet de nombreuses évaluations scientifiques recourant à des groupes témoins pour mesurer les effets différentiels à court et long termes des différentes interventions. Fortement promu par l'Organisation mondiale de la santé, ces programmes s'inspirent de plus en plus souvent du concept de compétences psychosociales, dont le développement a des effets scientifiquement validés, non seulement en termes de consommations problématiques, mais aussi de conduites

violentes, et plus largement, de santé mentale.

En France, le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 a décidé de placer le renforcement de ces compétences psychosociales parmi ses priorités d'action, ce qui implique notamment la généralisation sur l'ensemble du territoire de programmes validés (tels que le Good Behaviour Game ou Unplugged). En attendant – en espérant ? – que la Wallonie et Bruxelles suivent cet exemple, les secteurs de la Prévention et de la Promotion de la santé seraient bien inspirés d'entamer dès aujourd'hui une réflexion collective sur la manière de développer de tels projets sans tomber dans le travers d'un technocratisme reposant sur des solutions clé sur porte ou des méthodes one-size-fits-all, qui feraient fi de la diversité des bénéficiaires et de leurs besoins.

Edgar Szoc

Christine Barras – Docteure en linguistique, ancienne chercheuse et intervenante en sciences psychopédagogiques et en santé publique, membre associée du GIRSEF (Groupe interdisciplinaire de recherche sur la socialisation, l'enseignement et la formation)

Prévention menaçante, prévention prévenante :

regards anthropologiques
sur un concept
polysémique





Chaque culture observe des rites pour empêcher la survenue de maladies ou d'autres déconvenues, et pour les juguler lorsqu'elles frappent. Ces rites sont investis d'une double mission : éviter l'événement fâcheux, mais aussi rappeler son existence et la menace qu'il fait planer. L'objet à combattre reste présent jusque dans son absence, enkysté dans les craintes que son évocation suscite. Entre déni et méfiance, observance scrupuleuse et indifférence, réussites et déconvenues, la prévention se fraie un chemin hasardeux dont la pandémie actuelle illustre les cahots.

Quatre modèles anthropologiques de prévention

En 2001, l'anthropologue Jean-Pierre Dozon identifie quatre modèles préventifs en étudiant l'évolution du concept au fil du temps. Globalement, les deux premiers sont les plus anciens et les deux derniers, les plus récents¹. Les deux premiers ciblent des individus ou des groupes, les deux derniers se focalisent sur les risques et leur origine.

1. Cf. DOZON J.-P. et FASSIN D. (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001. Le modèle de Dozon est publié en mars 2009 dans *Éducation Santé* : <https://educationsante.be/que-signifie-et-implique-la-prevention/>.

- Le modèle magico-religieux enjoint à la prière. Il est en vigueur dans les cultures dites traditionnelles, avec rituels propitiatoires ou sacrificiels pour satisfaire une puissance supérieure et tenter de maîtriser le cours des événements.
- Le modèle de la contrainte profane enjoint à la ségrégation, définissant ce qui est pur et impur, sain et malsain, avec des mises à l'écart d'individus ou de groupes sociaux jugés dangereux (comme les fous, les contagieux, les vagabonds, les sorcières).
- Le modèle pastorien vise l'éradication du germe pathogène après l'avoir identifié.
- Le modèle contractuel valorise l'éducation et l'émancipation des citoyens, ainsi que la promotion d'une culture de santé globale, construite en tenant compte des facteurs de risque et de protection.

Chacun des modèles s'attache à mettre en ordre la cité par l'instauration de normes. Si, en théorie, le dernier modèle semble émaner de notre société impré-

gnée de démocratie et d'égalité, les faits nous montrent le ruisellement de l'un sur l'autre, leur porosité, avec un cumul de logiques contradictoires dont les plus anciennes ne s'effacent qu'incomplètement devant les plus récentes. Par exemple, prières, porte-bonheur ou huiles essentielles ne sont pas incompatibles avec les gestes-barrières contre le Covid, même s'ils n'entrent pas dans la même logique préventive. L'adoption de principes contradictoires repose sur des allant-de-soi vieux comme le monde (« deux précautions valent mieux qu'une », « ça ne peut pas faire de mal », « on ne sait jamais ») qui, sans avoir l'air d'y toucher, imputent la responsabilité de choix même irrationnels à une sagesse immémoriale. Une telle stratégie implique, selon Dozon, une négociation subtile entre soumission et résistance face à la « tyrannie sanitaire », alors que Foucault, à propos

des pèlerinages à Lourdes, leur donnait le sens plus radical de manifestation contre le biopouvoir². Les adeptes des thérapies alternatives qui ont fleuri sur les réseaux sociaux au cours de la pandémie participent de cette même mouvance, mais peuvent aussi, comme ceux qui doutent de l'existence de la crise (« le Covid n'existe pas ») glisser vers les nombreuses thèses complotistes qui se sont invitées dans le débat. Entre résistance, adhésion et compromis, les attitudes entremêlent interdits et obligations, sanctions et exclusions, volonté d'éradiquer le problème ou de « faire avec », construction d'une nouvelle culture pour un « monde d'après » ou retour à « l'avant » comme si rien ne s'était passé. Les quatre modèles nous parlent.

Le modèle magico-religieux

Les maladies ou autres catastrophes, d'ailleurs, seraient les manifestations d'un courroux divin provoquées par des conduites humaines inadéquates.

« Remède contre la peste et meilleur art, tost est loing s'écarter et tourner tard » (*Le meilleur remède contre la peste est de s'en écarter tôt, et de revenir tard*)³.

Ce proverbe du XVI^{ème} siècle évoque le seul remède efficace pour éviter la contagion : prendre ses distances jusqu'à ce que tout danger soit écarté. Lorsque les maladies frappent, la sagesse populaire se moque d'un arsenal thérapeutique jugé dérisoire, les pratiques pour guérir relevant davantage d'un empirisme approximatif que d'une science efficace⁴. Les maladies ou autres catastrophes, d'ailleurs, seraient les manifestations d'un courroux divin provoquées par des conduites humaines inadéquates. Seuls le repentir, l'humble reconnaissance de

2. Cf. FOUCAULT M., « La politique de la santé au XVIII^{ème} siècle », *Dits et écrits*, 1954-1988, t. III, Paris, Gallimard, 1994, pp. 725-742.

3. MEURIER G., *Trésor des sentences*, XVI^{ème} siècle. Cité par LE ROUX DE LINCY, *Le livre des proverbes français*, Paris, Chez Paulin, 1848, en ligne.

4. « Il est plus facile médéciner que curer » (Il est plus facile de jouer au médecin que de guérir), *ibidem*.



ses fautes et la volonté de changer ouvrent la voie au pardon et préviennent d'autres déconvenues. Pour les Grecs, le péché d'*hybris* (*orgueil, mégalomanie, démesure, volonté de rivaliser avec les dieux*) était le seul à ne souffrir d'aucune indulgence. L'*hybris* est évoquée aujourd'hui par les défenseurs du climat ou par les adeptes de la décroissance, accusant notre civilisation d'avoir abusé des ressources terrestres jusqu'à provoquer leur assèchement, brisant l'harmonie avec la nature et le monde animal. L'accident de laboratoire d'où serait peut-être né le SARS-CoV-2 ferait référence à des expériences pour lesquelles on peut penser que l'homme a joué à être Dieu.

À ce lien de causalité entre démesure et châtiement s'ajoute une autre crainte, elle aussi d'ordre religieux, particulièrement vivace sous l'ancien régime. Les souffrances d'ici-bas épargnant aux croyants « une ruine éternelle », le soin ou la prévention ont été vus comme des barrages à la volonté divine⁵. Pour ménager les scrupules des croyants, des compromis ont été négociés entre la prière et le recours à la science, par exemple en implorant la grâce divine pour une meilleure efficacité des remèdes. Cependant, ce type de tractation porte en lui les germes d'une rupture, le cumul des pratiques gardant une connotation sulfureuse que les scientifiques du XVI^{ème} siècle ont dû combattre sans relâche, parfois au prix fort. Un médecin qui avait soigné les pestiférés n'était plus en mesure d'exercer son art. Plus personne ne voulait se faire soigner par lui, tant pesait sur sa personne les représentations mortifères des malades qu'il avait approchés.

Cette crainte d'une contagion-fantôme rappelle l'épidémie de sida avec son lot

5. PINEAU G., « Soigner la peste sans défier la colère divine dans les traités médicaux du XVI^{ème} siècle », in *Seizième siècle*, vol. 8, 2012, pp. 173-190. L'auteur évoque le concile de Latran « qui avait réglementé les rapports entre l'art et la foi, entre médecins des corps et médecins des âmes, dans un décret au titre éloquent : *Que les malades veillent à leur âme avant de soigner leur corps* » (p. 173).

de préjugés, prouvant que les croyances obsolètes, même scientifiquement déconstruites, continuent à « coller » aux esprits et aux corps. Le spectacle de la maladie contagieuse (pustules, maigreur extrême) rejoint les allégories dramatiques des corps souffrants de l'enfer (par exemple dans les œuvres de Jérôme Bosch ou Breughel l'Ancien), comme peuvent le faire aujourd'hui les malades sous assistance respiratoire ou les soignants à bout de forces. Le savoir objectif, scientifique, ne s'impose jamais parfaitement, laissant sa place aux craintes irrationnelles : « Le processus d'objectivation par la science [est] régulièrement accompagné de ce qu'il prétendait refouler, (...) dans un double mouvement de désenchantement et de réenchantement du monde⁶ ».

Le modèle de la contrainte profane

La prévention des événements néfastes passe selon ce modèle par l'identification du « pur » et de l'« impur », culturellement construits dans les sociétés anciennes par une laïcisation des principes religieux au fur et à mesure que les États s'affranchissaient de l'influence ecclésiastique. Pestiférés, lépreux, épileptiques, malades mentaux, mais aussi vagabonds ou enfants abandonnés, socialement désarrimés, représentaient un danger aussi bien physique que moral pouvant conduire au désordre. La construction de lazarets, de dispositifs de quarantaine et de cordons sanitaires a contribué à sécuriser le territoire en écartant les indésirables, auxquels se sont ajoutés au fil du temps les Juifs, Tziganes, homosexuels ou toxicomanes, malades du sida, activistes ou extrémistes de tout bord.

6. DOZON J.-P., *op.cit.*, p. 31.

Le bouc émissaire permet à la société d'éviter l'implosion en l'amenant à reconstruire son unité sur le dos d'une victime malchanceuse⁷. Le but recherché est de canaliser la violence endémique et d'éliminer les fléaux dont elle souffre en le rayant de son environnement. C'est souvent l'individu le plus vulnérable, le plus démuné face aux attaques, que l'on enferme ou que l'on bannit. Ce déplacement

Le mouvement hygiéniste, né vers le milieu du XIX^{ème} siècle pour combattre la tuberculose et l'alcoolisme, a pris pour cible de son action les familles « tarées » et ignorantes.

« purifie » la société qui, ayant identifié et rejeté le « coupable » hors de ses frontières, peut faire l'impasse sur ses dysfonctionnements endogènes.

Le mouvement hygiéniste, né vers le milieu du XIX^{ème} siècle pour combattre la tuberculose et l'alcoolisme, a pris pour cible de son action les familles « tarées » et ignorantes. Il ne s'agissait pas de les exclure, mais de les transformer. L'école, d'ailleurs, a été créée pour éduquer les familles par l'intermédiaire de leurs enfants : « La famille instruit mal et même élève mal. La communauté du sang y développe des affections inimitables, mais mal réglées. C'est que l'on s'y fie ; ainsi chacun tyrannise de tout son cœur. Cela sent le sauvage⁸ ». Outre l'éducation obligatoire des plus jeunes, un vaste mouvement de prévention s'est imposé dans différents pays, pour s'intensifier pendant l'entre-deux-guerres en se mettant au service d'une politique nataliste destinée à l'avènement d'une génération « saine ». Le bilan de santé prénuptial, outil de dépistage, repérait les maladies contagieuses ou les problèmes mentaux (comme la syphilis, la tuberculose, l'alcoolisme, la folie) parfois pour interdire toute union⁹.

7. GIRARD R., *Le bouc émissaire*, Paris, Grasset, 1982.

8. ALAIN, *Propos sur l'éducation*, chapitre VIII, 1932, en ligne.

9. GAUDILIERE J.-P., Hérédité, risque et santé publique, in DOZON J.-P. et FASSIN D. (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris : Balland, 2001, pp. 103-125.



La « police des familles », selon l'expression popularisée en 1977 par Jacques Donzelot, a pour tâche « de faire en sorte que tout concourt au bonheur des membres qui [la] composent¹⁰ ». Qu'il s'agisse de bilan prénuptial, de leçons d'hygiène aux mères de famille, de lutte contre l'alcoolisme, les contraintes sont présentées d'une façon telle qu'il serait irresponsable de s'y opposer. Elles sont consensuelles, imprégnées de bienfaisance et nimbées d'une autorité qui ne souffre aucune discussion : le destinataire doit se taire et obéir. La pandémie actuelle rejoue les vieux scénarios de contrôle, de contrainte des corps, de retour à l'État d'exception. D'où les rappels vigoureux aux valeurs démocratiques, parfois accompagnées d'outrances complotistes qui, là encore, y trouvent un terrain propice.

Le modèle pastorien

La découverte de micro-organismes a suscité l'espoir d'en finir avec les fléaux du passé. Les nouvelles connaissances sur la contagion et l'infection révolutionnent une médecine qui se donne pour mission d'universaliser une culture nouvelle, symbole d'une science victorieuse qui rompt avec le passé. La deuxième moitié du XIX^{ème} siècle marque la constitution des empires coloniaux, terrain d'expérimentation pour éradiquer les endémies tropicales. Après la Seconde Guerre mondiale, le modèle pastorien prend un nouvel élan, alors que les maladies infectieuses perdent en puissance grâce à une pharmacopée efficace et à l'amélioration des conditions de vie. Les bases scientifiques de la médecine permettent de nouvelles validations, comme l'établissement du lien étiologique entre le tabac et le cancer du poumon. Depuis les années 1980, les progrès de la génétique (par exemple, la mutation de deux gènes responsables d'un risque très élevé de cancer du sein) marquent une « molécularisation

du risque héréditaire », soit un progrès médical couplé avec un retour au déterminisme héréditaire. Nous sommes à la fois bénéficiaires et prisonniers des changements technologiques, nous soumettant de bon gré à des programmes de surveillance (comme la mammographie), en souffrant parfois, ou souvent, de l'emprise du scientifique sur nos vies, aussi bien sur le plan de nos finances (coût des primes d'assurance) que sur le plan humain (le corps est un objet de marketing).

Aujourd'hui, le calcul linéaire (une maladie, un germe, un vaccin), d'une actualité brûlante dans la lutte contre le Covid, ne suffit pas pour vaincre des maladies qui s'inscrivent dans un contexte humain complexe. Selon la formule de Bruno Latour, nous sommes des croyants devenus sceptiques¹¹. En 2001, Jean-Pierre Dozon¹² prévient que les victoires éclatantes de la médecine (éradication de la variole, vaccins contre la polio ou la fièvre jaune) sont peut-être les ruses d'une Histoire capable d'amener de nouvelles épidémies. Même avertis, nous avons tous été pris par surprise par celle qui nous frappe depuis plus d'un an.

La pandémie actuelle a vu la montée en gloire des épidémiologistes, alors que les philosophes, même s'ils donnent de la voix eux aussi, restent au second plan. Dans notre société multiconnectée, l'information n'a de valeur que si elle émerge¹³. Et ce qui a émergé, ce sont les chiffres des admissions aux soins intensifs, des décès, des doses de vaccin administrées, nous réduisant comme le déplore Roland Gori à l'état de

L'idéal pastorien, celui d'une éradication, comporte une avancée par rapport aux deux modèles précédents, celui de la protection de citoyens jugés égaux.

« segments de populations statistiques ». Les restrictions qu'a imposées la pandémie nous font craindre le risque que représente l'autre, sur qui pèse désormais

le soupçon. D'où les appels à renouer les liens.

L'idéal pastorien, celui d'une éradication, comporte une avancée par rapport aux deux modèles précédents, celui de la protection de citoyens jugés égaux. Ce premier pas, essentiel, n'est pas encore celui de la prise en compte d'un citoyen capable de comprendre et d'agir.

Le modèle contractuel

Ce dernier modèle tente de corriger, ou de compléter la dimension objectivante du précédent pour autoriser l'expression d'une subjectivité censée échapper aux chiffres. Pour la première fois, il implique un accord avec des usagers considérés comme des êtres compétents, doués de raison et d'esprit critique. L'individu a désormais un droit et un devoir de santé. Le modèle est arrimé aux sciences biomédicales aussi bien qu'aux sciences humaines. Contrairement au modèle magico-religieux, il ne s'inscrit pas dans la transcendance. Contrairement au modèle de la contrainte profane, il s'appuie sur le consentement éclairé des individus, ce qui implique l'existence d'un arsenal pédagogique capable de « faire comprendre » pour susciter l'adhésion à des mesures favorables à la santé.

Émanant du modèle contractuel, la promotion de la santé¹⁴ tente de réagir à la « mathématisation du réel¹⁵ » et son inflation

10. DONZELOT J., *La police des familles*, Paris, Minuit, 1977-2005, p. 12.

11. LATOUR B., *Pasteur : guerre et paix des microbes*, Paris, La Découverte, 2012.

12. *Op. cit.*

13. GORI R., « Le soin et la démocratie à l'épreuve du totalitarisme sanitaire », *Cliniques méditerranéennes*, vol. 103, n° 1, 2021, pp. 23-39.

14. BRETON É., JABOT F., POMMIER J., SHERLAW W. (dir.), *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Rennes, Presses de l'EHESP, (2017, 2^{ème} éd. 2020).

15. ISRAËL G., *La mathématisation du réel*, Paris, Seuil, 1996. L'auteur dénonce l'acharnement avec lequel le chercheur recourt aux modèles mathématiques, forcément déterministes, pour des



de chiffres en matière de santé publique. Contrairement aux trois autres modèles de prévention, le modèle contractuel s'adresse à l'ensemble de la population, passant « d'une démarche injonctive auprès de populations ciblées comme faisant problème à une démarche suggestive auprès d'une population indifférenciée¹⁶ ». La promotion de la santé dénoue le couple que la prévention forme avec l'objet de son combat pour se tourner vers une prévention « prévenante », adjectif sans connotation négative qui désigne une façon d'agir orientée vers les besoins de chacun, déviant l'attention de l'objet vers la personne.

Cependant, les messages préventifs sont davantage que de simples règles de bonne santé. Ils s'assimilent à un code de bonne conduite définissant les limites du monde civilisé. Les règles sanitaires s'enferment dans un carcan moral

qui a été dénoncé dans ses excès, celui de prétendre au risque zéro de manière obsessionnelle, stigmatisant les réfractaires dans un discours moralisateur qui en fait des hérétiques¹⁷. Sous une apparence policée, la prévention se fait menaçante, prédictrice de calamités au moindre écart.

Le modèle contractuel porte en lui le risque de transformation de soi en « patient-sentinelle¹⁸ », à l'affût des risques pour sa santé,

Le modèle contractuel porte en lui le risque de transformation de soi en «patient-sentinelle», à l'affût des risques pour sa santé, sans relâche et d'une façon qui peut devenir obsédante ou caricaturale.

sans relâche et d'une façon qui peut devenir obsédante ou caricaturale (pensons au personnage principal de la série télévisée Monk). Ce « patient-sentinelle », d'ailleurs, intéresse la collectivité, les employeurs, les assurances, qui ont tout intérêt à le maintenir en bonne santé, alerte et productif. Le « processus d'approfondissement démocratique » (Dozon) concurrence un « vaste mouvement de médicalisation des corps et des consciences » (Foucault). Entre ces deux extrêmes existe tout un panel de conduites pragmatiques, ni entièrement rationnelles, ni entièrement irrationnelles, qui révèle l'ambiguïté de nos affects. « On peut sou-

haïter la rationalisation des comportements comme éminemment souhaitable, [mais] il faut aussi considérer, comme Freud l'avait fait en son temps, que les progrès de la civilisation sont aussi porteurs d'angoisses, de malaise et de pulsions de mort¹⁹ ». Cette angoisse envahissante, propre aux rites religieux compulsifs, revêt les apparences de la phobie du « sale » et du « dangereux » pour les rejoindre sur leur versant mortifère.

Qu'en est-il de la démocratie ?

Chaque modèle présente une face positive et une face cynique, chacun peut se mettre au service du bien commun ou le pervertir. Les philosophes du soupçon (Nietzsche, Marx, Freud) ont permis de mettre en débat des vérités que nul citoyen n'osait questionner. Mais aujourd'hui, le doute universel, qui doute de la science, de la politique, de l'histoire, crée de la confusion parce que son discours s'appuie sur la rhétorique scientifique qu'elle dénonce. Or, le consentement éclairé aux préceptes de santé présuppose

la confiance envers leur pertinence. Si cette confiance est vacillante ou rompue, l'individu se met en quête d'autres certitudes sur lesquelles s'appuyer, parce que l'esprit a horreur du vide. L'ignorance est plus anxiogène que la croyance en quelque chose de faux, l'esprit se contente d'une explication facile à comprendre, même s'il s'agit d'une contre-vérité.

La représentation du fumeur est passée par différents stades : d'abord, il a symbolisé la virilité et la réussite sociale. Lorsque la publicité s'est attelée à séduire un nouveau public, les femmes, la dimension « émancipation et modernité » en a été le moteur. Puis, les découvertes médicales aidant, la cigarette est tombée de son piédestal pour rejoindre le rang des conduites addictives dangereuses. Entachée d'un manque de souci de soi, la cigarette a désigné par la suite, notamment aux États-Unis, les individus sans culture. Aujourd'hui, vilipendée par la santé publique, elle devient malgré tout la marque de celui qui ose, du rebelle qui refuse le jeu d'une politique au service du néolibéralisme. Dès lors, le fumeur qui néglige sa santé peut se faire le héros d'une rébellion valorisante (ou, à l'inverse, le rebelle héroïque va passer pour un individu sans volonté). Le « choix éclairé » de la promotion de la santé diffère selon que la coloration idéologique de la finalité mise en lumière. À la fin du siècle passé, Paolo Freire²⁰ dénonçait l'éducation néolibérale qu'il qualifiait d'« immobilisatrice », c'est-à-dire orientée non pas vers le changement du système mais vers l'apprentissage des gestes techniques à connaître pour s'y adapter. Cette alternative est présente dans les voies qui s'offrent à nous pour prévenir les catastrophes dans le « monde d'après » : apprendre à vivre avec le virus qui nous frappe et ceux à venir, modifier notre rapport à la nature, ou revenir à la situation d'avant sans en tirer les leçons.

disciplines où il est immergé dans le monde vivant, comme l'économie.

16. NEYRAND G., COUM D. et WILPERT M.-D., *Malaise dans le soutien à la parentalité. Pour une éthique d'intervention*, Toulouse, Érès, 2018.

17. PERETTI-WATEL P., MOATI J.-P., *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Seuil, 2009. Voir aussi PERETTI-WATEL P., « La prévention sanitaire ou la mise en risque du monde », *Drogues, Santé, Prévention*, vol. 60, n° 2, 2011, pp. 2-6.

18. Cité par DOZON, *op. cit.*, p. 41.

19. DOZON, *op. cit.*, p. 44.

20. FREIRE P., *Pédagogie de l'autonomie*, Toulouse, Érès, 1996 (éd. française 2013).

Marie Cornut - vice-secrétaire générale du GREA (Groupement romand d'études des addictions)

L'intervention précoce et les addictions

Un travail en réseau visant à renforcer les compétences et les ressources de l'ensemble de la communauté

L'intervention précoce: une démarche qui vise à favoriser l'autonomie

La démarche d'intervention précoce considère la consommation de substance non pas comme un problème en soi mais comme le signe potentiel d'une situation de vulnérabilité. Une personne est en situation de

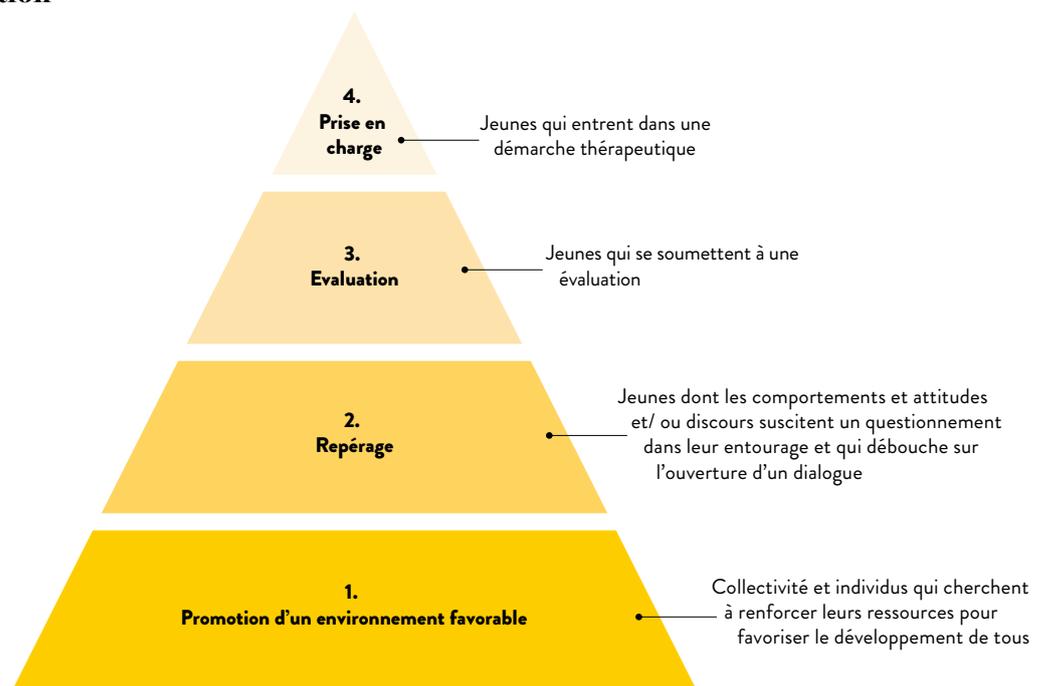
vulnérabilité quand, à un moment donné, certains facteurs de risques (personnels ou contextuels) ne peuvent être contrebalancés par les facteurs de protections (ressources) à disposition. L'équilibre risques vs ressources peut être fragilisé temporairement, et se rétablir ensuite, d'où le terme « situation » qui souligne le caractère dynamique de cette approche.

Dans une société où le seuil d'intégration des jeunes dans le monde des adultes s'est complexifié, une partie d'entre eux se retrouve dans une situation difficile les menant parfois à développer des consommations de substances pouvant devenir problématiques. Nous sommes dès lors face à un défi collectif

qui consiste à accompagner les jeunes en situation de vulnérabilité de façon à éviter que les problèmes existants ne s'aggravent faute de mesures d'aide proposées suffisamment en amont.

Il ne s'agit pas seulement d'éviter les difficultés à travers la prévention, ou de soigner les difficultés à travers les traitements, mais aussi de renforcer la construction collective d'un environnement plus favorable au développement des jeunes. La démarche d'Intervention précoce offre notamment l'opportunité de repenser les rôles et les compétences de chacun des acteurs concernés par **le repérage et l'évaluation** des difficultés de certains jeunes.

Le concept de l'intervention précoce





L'importance d'un travail interdisciplinaire

Notre environnement social immédiat est composé de multiples personnes qui peuvent jouer un rôle de ressources (familles, amis, voisins). Très souvent, ces personnes de référence ont une influence prépondérante dans la construction de l'identité des jeunes et dans la prise de conscience des différents risques qu'ils peuvent rencontrer. Par leur bienveillance et leur soutien, elles contribuent au bon développement des jeunes et peuvent ainsi initier des démarches d'aide que le jeune aurait refusées de la part d'autres personnes.

Toutefois, certaines situations problématiques peuvent être gérées au sein même de la communauté et ne nécessitent pas l'enclenchement d'une démarche professionnelle. Pour cela, il est nécessaire de disposer de potentiels d'action pouvant mobiliser les ressources communautaires.

Au-delà du cercle familial, les jeunes passent également un temps conséquent aux contacts d'une pluralité d'acteurs scolaires qui peuvent jouer un rôle central.

De fait, c'est l'ensemble des professionnels scolaires qui sont concernés (médiateurs-rices, infirmier-ère-s, animateurs-ice-s santé, travailleurs-se-s sociaux-les, enseignant-es). Ils sont des relais privilégiés qui peuvent conseiller et servir de passerelle entre les jeunes, les parents et l'école ainsi que les institutions d'évaluation et de prise en charge.

Ces acteurs peuvent servir de moteur lors de la mise en place d'une démarche IP.

La situation de vulnérabilité d'un jeune se traduit fréquemment par un cumul de difficultés dans diverses sphères de son existence, une équipe interdisciplinaire est donc plus à même de mesurer une situation de vulnérabilité qu'un professionnel isolé.

Liberté et autonomie

Cet article met en avant l'importance de travailler en réseau afin d'augmenter l'autonomie des jeunes et d'influer positivement sur leur futur.

Il a été démontré dans le champ des addictions, que les interventions centrées sur les dangers des produits ont peu d'impact (interdiction, sanctions), d'où l'importance de se centrer sur les compétences de vie en prenant en compte le contexte et en mobilisant les ressources des personnes. Les démarches efficaces partent du besoin et de l'aspiration de l'individu à la liberté et à l'autonomie : soutien au développement de sa créativité, sa citoyenneté, aide à la recherche des façons personnelles de s'adapter à la vie et à ses problèmes, à l'instauration de relations satisfaisantes avec les autres et la collectivité. L'autonomie exige des conditions sociales de possibilités et des conditions d'apprentissage de la responsabilité à travers le renforcement des compétences et l'éducation de chacun.

Responsabilité collective et conditions cadres

Les adultes ont tendance à stigmatiser les problèmes des jeunes en les tenant pour unique responsable de ce qui leur arrive en termes d'accidents, de problèmes somatiques ou de conduites à risques. Cette attitude fait fi de l'impact sur la santé et le bien-être, des conditions de vie et de l'environnement des jeunes.

Pourtant les professionnels de la santé, de l'aide sociale et de l'éducation, et aussi les décideurs et politiciens partagent la responsabilité d'aménager un environnement qui permette aux jeunes de grandir et de développer leur autonomie, leur sens critique en les associant activement, chaque fois que cela est possible, aux décisions qui les concernent.

RÉFÉRENCES

Le site internet www.grea.ch

Le site internet <https://interventionprecoce.ch> (en développement !)

La page dossier Intervention précoce <https://www.grea.ch/dossiers/interventionprecoce-ip>

La charte d'Olten révisée en 2016 : <https://www.grea.ch/publications/la-chartesurlinterventionprecoce-mise-a-jour>

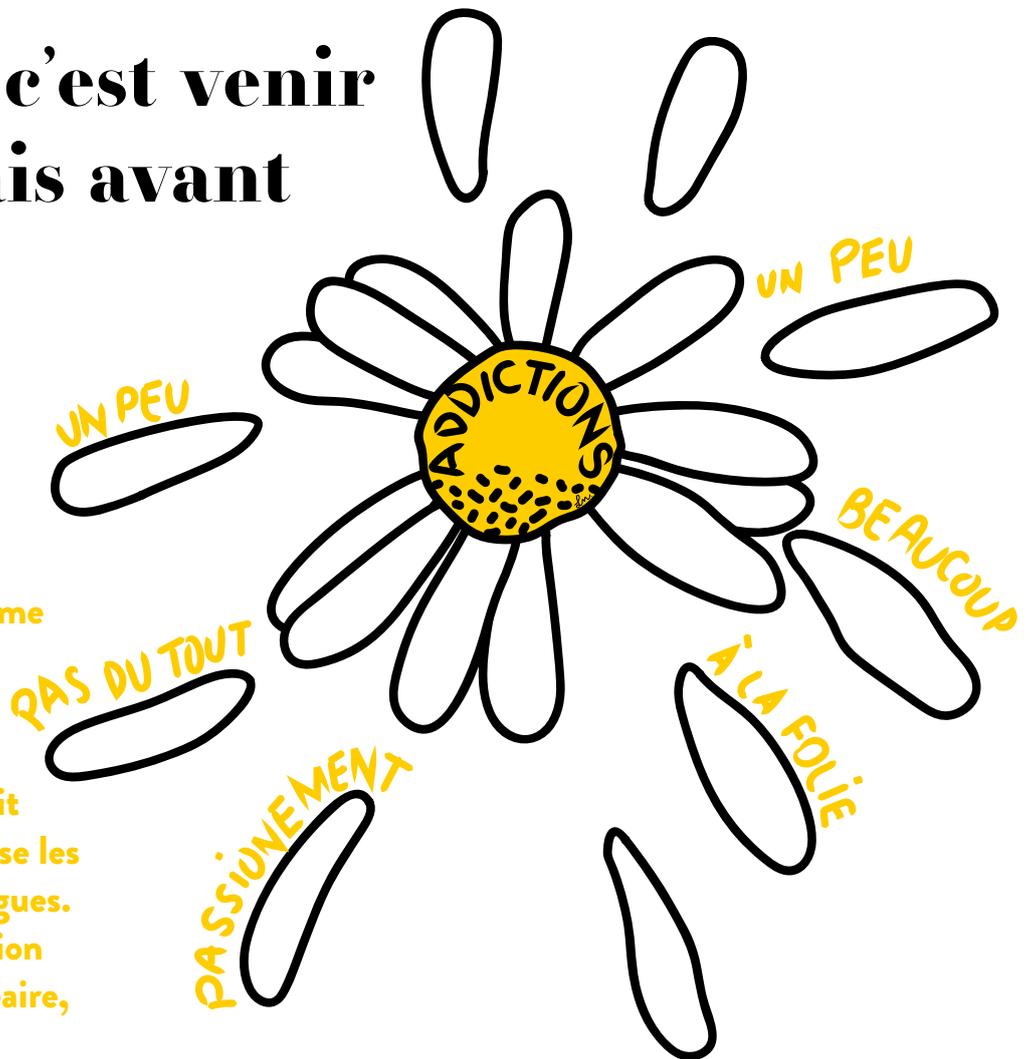
Remarque : le GREA travaille actuellement à l'enrichissement de son modèle IP, dans ce cadre le site internet spécialement dédié à l'Intervention Précoce est en développement.

Antoine Boucher, Chargé de communication et d'information à Infor-Drogues

Prévenir, c'est venir avant. Mais avant quoi ?

Dans le domaine de la consommation de drogues¹, cette dernière est encore souvent présentée comme un comportement problématique, donc à éviter, donc à prévenir. La vision médicale serait de connaître ce qui cause les consommations de drogues. Dans ce cas, la prévention serait un processus linéaire, comme pour certaines maladies : il y a un virus, une bactérie qui les déclenche. Il faut détruire ou empêcher l'action du virus, de la bactérie, ainsi la maladie n'apparaîtra pas.

1. Infor-Drogues définit une drogue comme « une substance ayant un effet sur le système nerveux central. Elle modifie la perception, l'humeur ou le niveau de conscience ». Cette définition englobe donc tant les produits illégaux que légaux comme l'alcool, le tabac, la caféine; légaux mais destinés à d'autres usages comme les solvants ou certains produits vétérinaires; médicaments psychotropes tels les antidépresseurs, les somnifères, les anxiolytiques, les antidouleurs, etc.



Il faut donc agir sur les causes des consommations. Mais, problème, la société ne nous a pas « appris » à réfléchir aux causes tant elle est focalisée sur les conséquences. Le discours social, basé sur l'interdiction de nombreuses substances stupéfiantes, présente les produits eux-mêmes comme cause de leur consommation : « Untel est pris par la drogue ! ». La prévention est donc souvent présentée comme tout ce qui empêche la consommation de drogues : la police, la prohibition, les douanes, les fouilles, l'information sur les conséquences néfastes, etc.

Mais en matière d'usages de drogues, les choses sont souvent plus complexes. D'une part, on ne peut pas mettre en évidence un processus linéaire : il n'existe pas de produit

déclenchant automatiquement sa propre consommation, il n'existe pas non plus de situation familiale ou personnelle type suffisant à expliquer la consommation. D'autre part, l'interdit, même accompagné de peines très lourdes, ne fonctionne pas. Il existe davantage de consommateurs de cannabis en France, pays très répressif, qu'aux Pays-Bas, pays beaucoup plus tolérant. En effet, tant pour les produits légaux comme l'alcool ou le tabac que pour les produits illégaux comme le cannabis ou l'héroïne, il existe des personnes qui en consomment malgré le discours alarmiste quant à la dangerosité du produit (« Fumer tue ») ou les ennuis judiciaires. Le caractère licite ou illicite du produit n'influence pas significativement la consommation du produit.



Chez Infor-Drogues, nous pensons qu'une société sans drogues est irréaliste et irréalisable. En effet, de tout temps et dans toutes les sociétés, les humains ont eu recours aux drogues et ces usages ne furent jamais le fruit du hasard. Les fonctions des drogues sont différentes d'une société ou d'une époque à l'autre : sacrées, thérapeutiques ou sociales. Dans nos sociétés plus individualistes que par le passé, les fonctions des drogues varient sensiblement d'une personne à l'autre, mais aussi parfois d'un jour à l'autre, voire d'un moment à l'autre.

Néanmoins, s'il est vrai que chaque usage de drogue a une fonction spécifique pour chaque individu, celle-ci est souvent inconsciente, de sorte qu'il est difficile

de réfléchir collectivement et individuellement aux motivations et aux causes qui poussent aux consommations. Cette difficulté est renforcée par les représentations sociales souvent très négatives, voire dramatiques, liées aux consommations de drogues (déchéance, engrenage mortel, violence, dealers, addiction, marginalité, etc.). Ce que l'on peut dire cependant c'est que les usages de drogues sont toujours causés par une motivation. Le fait que cette motivation n'est souvent ni explicite, ni même consciente, va compliquer fortement la tâche de tous ceux qui vont tenter de la comprendre (les parents, les éducateurs et les consommateurs eux-mêmes).

Comprendre la consommation

Pour Infor-Drogues, la prévention et l'aide sont liées à la compréhension des situations vécues. Ce n'est qu'à travers cette compréhension que tout un chacun peut agir pour améliorer sa propre santé. Ce que nous voulons prévenir, ce sont les situations où les professionnels et/ou les proches se sentent impuissants, dépassés par les situations auxquelles ils sont confrontés. Il

en va de même pour les consommateurs : parfois (ou souvent) le sens profond de leur comportement leur échappe. Dans ce cas, ils ne comprennent pas le rôle que joue cette consommation pour eux. Sans cette compréhension, il est difficile d'être véritablement soutenant pour un proche et d'agir de façon vraiment pertinente envers un consommateur. Cette impuissance est aussi (très) souvent vécue par les professionnels qui entourent les consommateurs : enseignants, assistants sociaux, soignants, éducateurs, animateurs, etc. qui, de plus, sont chargés de faire respecter des règlements souvent très

répressifs vis-à-vis de la consommation et de la détention d'alcool ou de drogues. Les exclusions institutionnelles (écoles, internats, centres d'accueil, insertion professionnelle, formations, homes, etc.) restent donc très nombreuses.

Revenir aux motivations permet de comprendre le sens de la consommation de drogue ou des comportements addictifs. Cela va (re)donner une place centrale au consommateur, au cœur des démarches de prévention. De ce fait, chez Infor-Drogues, nous préférons ne pas parler d'usage « problématique ». D'une part, cette appellation renforce par trop le réflexe d'agir sur le produit et d'autre part, cela nie le sens positif c'est-à-dire la motivation du consommateur.

À partir de là, le ou la professionnel-le peut se demander « mais comment diable agir sur la motivation de mon public ? En effet cette dernière est forcément individuelle et hors de portée de ma compétence d'enseignante, d'éducateur, d'assistante sociale ou d'aide-familiale ». Pour répondre à cette question, nous invitons les professionnels à envisager le contexte. En effet, nous sommes persuadés que si une consommation a lieu dans un certain contexte, c'est très souvent que la motivation a été créée par ce contexte.

Qu'appelle-t-on « contexte » ? Par contexte, nous entendons les différents contextes de vie du consommateur. Ils sont fort nombreux : pensons au contexte familial, scolaire, professionnel, de loisirs, etc.. Toutefois, cette typologie doit souvent être encore affinée de manière à cerner au mieux les motivations des individus face à ces contextes. Ainsi, le milieu professionnel sera vécu de manière très différente selon qu'on est avec des collègues avec lesquels on s'entend bien ou que l'on est appelé à son évaluation annuelle par son directeur avec qui la relation est conflictuelle. De même, à l'école le contexte pendant la récré avec ses copains est différent du cours de math avec le prof super vache et qu'en plus on n'est pas très fort en math.

Le contexte varie en fonction des relations humaines que l'on a à ce moment. Il peut donc changer très rapidement et donc nos émotions aussi. C'est notre capacité à gérer nos émotions qui va influencer notre recours au produit. Cette capacité à gérer nos émotions va être différente d'un individu à l'autre, c'est évident. Toutefois, c'est bien le contexte qui est à la source de notre motivation à consommer des produits-drogues.

C'est notre capacité à gérer nos émotions qui va influencer notre recours au produit.

Précisément, il s'agit alors d'agir sur ce contexte institutionnel. Si l'on pense à des contextes extrêmes comme une garnison de soldats en guerre ou la prison, l'influence du contexte (absence de liberté, promiscuité, contrôle permanent par les chefs ou les gardiens, etc.) comme générateur d'émotions fortes difficilement soutenables sans produit(s) saute aux yeux. De nombreux contextes, a priori plus anodins, sont également à la source d'émotions importantes : le stress engendré par les examens ou par certains enseignants « peaux de vache », le contrôle de la chômeuse par son agent de



placement, l'entretien d'évaluation annuel par son directeur, la culpabilité du « c'est de ta faute », la peur de perdre ses copines en cas de changement de groupe, le manque d'intimité dans les toilettes, la responsabilité de transporter des personnes et de respecter des horaires, etc.

Bien sûr, ces contextes n'affectent pas les différentes personnes de

la même manière : c'est le règne du un peu, beaucoup, passionnément, à la folie. Et il existe de très nombreuses stratégies pour y faire face. Certaines stratégies sont collectivement valorisées comme la gestion des émotions par le sport ou le travail, l'œnologie des grands Bordeaux ; tandis que d'autres sont dévalorisées voire réprimées : fumer du tabac ou consommer des substances illégales. À cet égard, pointons le changement progressif du statut des jeux vidéo qui, à la faveur du confinement, sont en train d'atteindre progressivement une reconnaissance sociale à la fois en tant que performance sportive et en tant qu'adjuvant identitaire et relationnel pour certains joueurs.

Au-delà de l'objet

Ainsi, la prévention telle qu'Infor-Drogues l'envisage, se départit de la fixation sur son objet – les drogues – pour s'élargir aux motivations personnelles et collectives des consommations. La prévention que nous mettons en œuvre vise donc à donner les moyens aux professionnels et adultes-relais d'agir sur les contextes à la source de ces motivations, pour que ces derniers soient davantage favorables au bien-être et à la santé.

Si on accepte cette manière de voir, la prévention visera dans un premier temps toute action favorisant la réflexion et la prise de conscience des motivations et des contextes suscitant ces motivations. Ensuite,

la prévention tentera d'agir sur les contextes et donc indirectement sur les motivations engendrées par ces contextes. La Promotion de la Santé, quant à elle, amène le public à découvrir par lui-même quelles sont les causes de ses comportements et, à partir de là et s'il le désire, réfléchir individuellement ou collectivement à des stratégies de changement.

Ce type de prévention peut être mis en place dans toute institution. Voici quelques exemples très concrets.

Une école secondaire fait appel à nous car de nombreuses consommations de cannabis ont lieu sur le temps de midi. Est-ce la faute de parents trop permissifs ? Faut-il appeler la police ? Après un travail sur les motivations, l'équipe éducative comprend que les classes « problématiques » (quelques élèves parmi certaines classes) vivent en fait un bouleversement important : les élèves viennent d'être « mélangés » dans de nouvelles classes et ont donc perdu leurs repères habituels à l'école. À partir de cette hypothèse, l'équipe a pu mettre en place des actions pour anticiper et atténuer les bouleversements dus à ce mélange.

Une institution fermée pour mineurs s'est rendu compte que son refus de mettre en place des activités collectives « de peur de créer un groupe hostile », créait un contexte très difficile à vivre pour les jeunes hébergés du fait du peu de relations sociales entre eux. Le travail de prévention axé sur « la création de lien » a donné du sens aux projets collectifs qui ne sont plus de simples activités occupationnelles. En prenant du sens, ces activités sont vues autrement et investies durablement.

Des aides familiales d'un CPAS ont mis en place une réflexion afin que les bénéficiaires de leurs prestations continuent de se sentir

« chez eux » même en présence de l'aide familiale. En effet, il arrivait que des aides familiales dictent un peu trop leurs comportements au goût de certains bénéficiaires, d'où leur sentiment de ne plus être chez eux. Cela créait pour certains des émotions difficiles à contenir sans tabac, médicament ou alcool.

Les professionnels d'un centre d'hébergement de réfugiés ont questionné leur habitude d'appeler ces derniers par le numéro de leur badge plutôt que par leur prénom. Par ailleurs, l'institution a décidé de proposer des discussions collectives sur la vie quotidienne au centre en partant d'un support accessible à tous : des photos prises par les résidents eux-mêmes d'éléments qui posent problème d'une part et d'éléments positifs d'autre part.

Ces quelques exemples montrent à quel point le contexte est important et touche aux grandes catégories de motivations à la consommation de psychotropes telles qu'Infor-Drogues les résume :

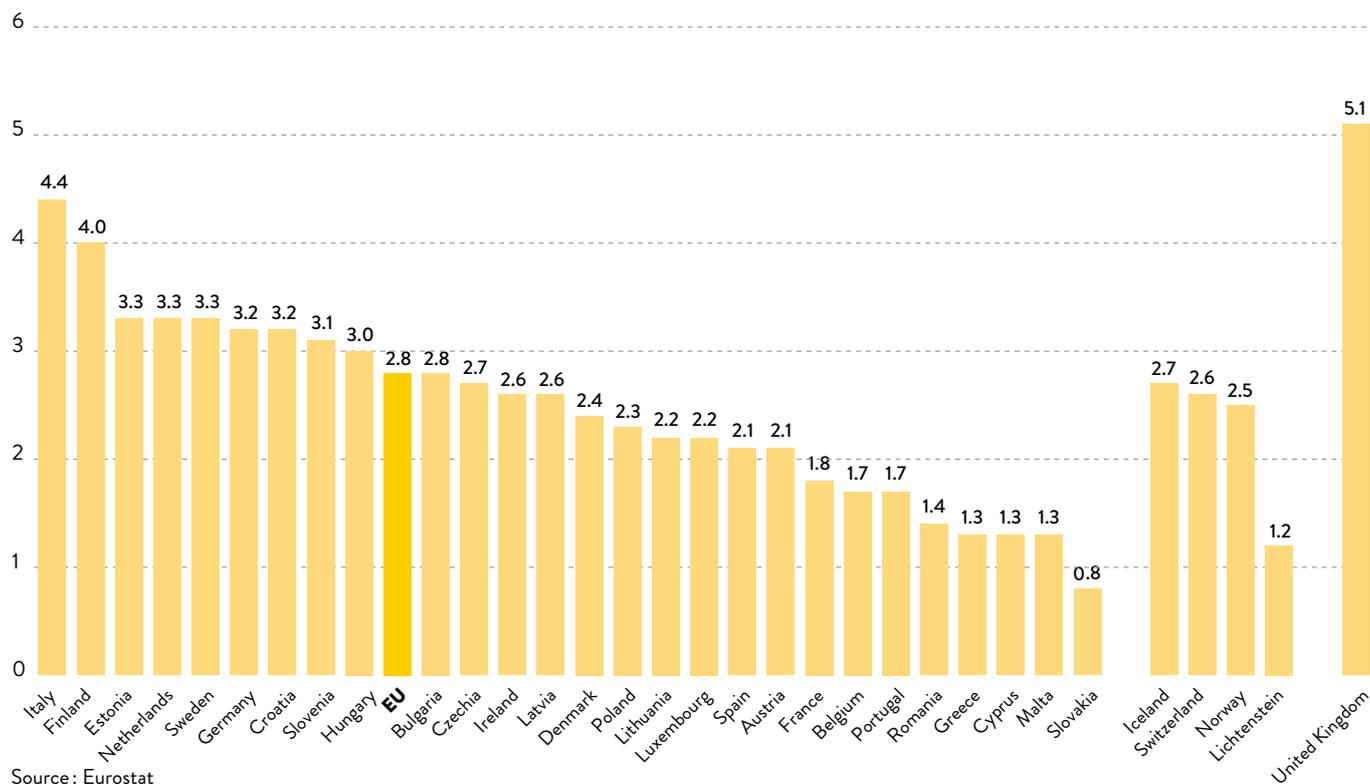
- les motivations en rapport avec le besoin de lien social ;
- les motivations dues au besoin d'identité ;
- les motivations liées au besoin de gérer ses émotions.

Ces catégories sont utiles pour que les professionnels des institutions faisant appel à nous puissent comprendre le ou les besoins à soutenir et, de là, imaginer et mettre en œuvre des actions concrètes pour modifier le contexte institutionnel comme décrit ci-dessus.

Notons que ces trois grandes catégories de motivations sont partagées par tous les humains. Dès lors, les actions mises en œuvre pour soutenir ces motivations, vont avoir des effets bien au-delà des personnes consommant des substances psychotropes ou ayant des comportements addictifs. Les actions mises en œuvre seront pertinentes pour tous les publics de ces institutions !

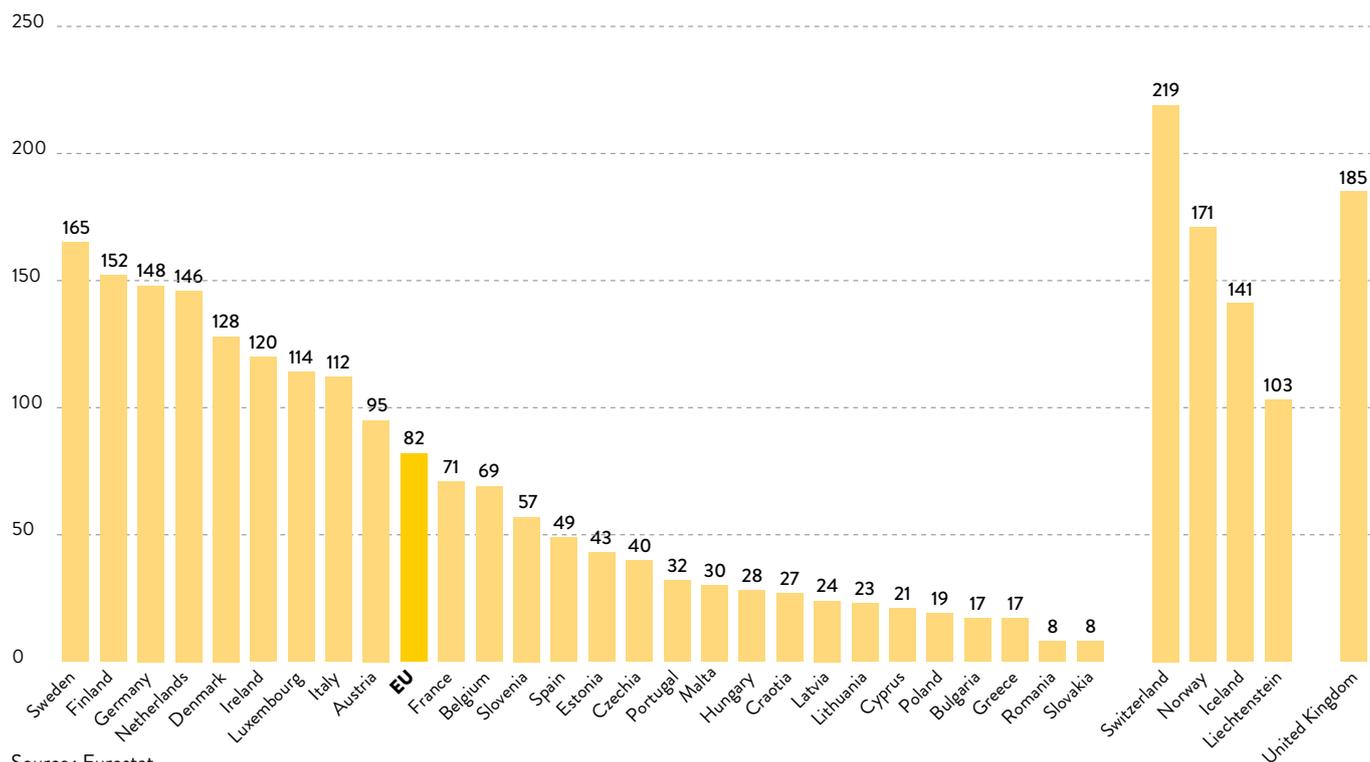
La prévention en chiffres

1. Dépenses consacrées à la prévention en 2018 au sein de l'UE (en % des dépenses en soins de santé)



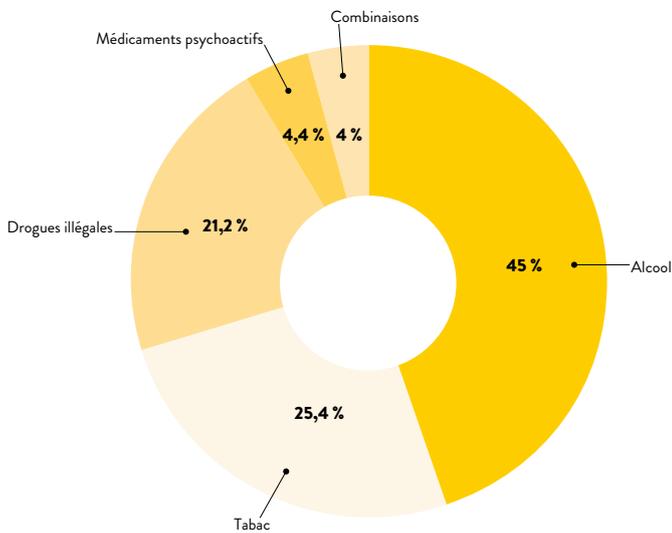
Source: Eurostat

2. Dépenses consacrées à la prévention en 2018 au sein de l'UE (en euro par habitant)



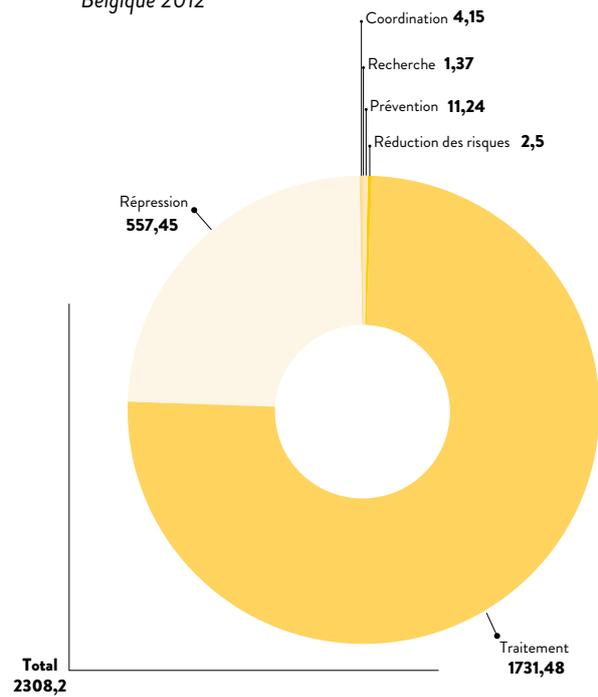
Source: Eurostat

3. Coûts directs de l'usage de drogues en Belgique (2012)



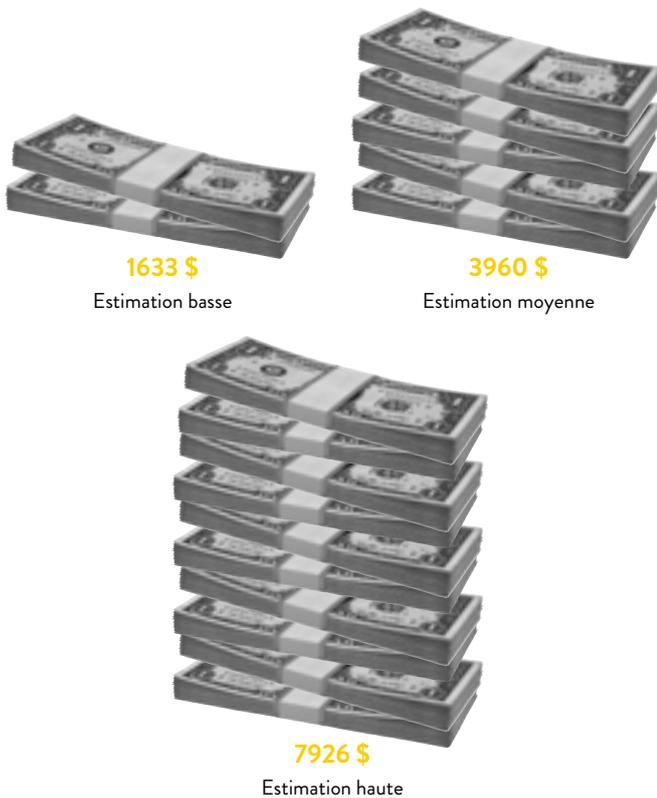
Source: Socost – Belspo

4. Dépenses publiques (en millions d'euros) liées à l'usage de drogues en Belgique 2012

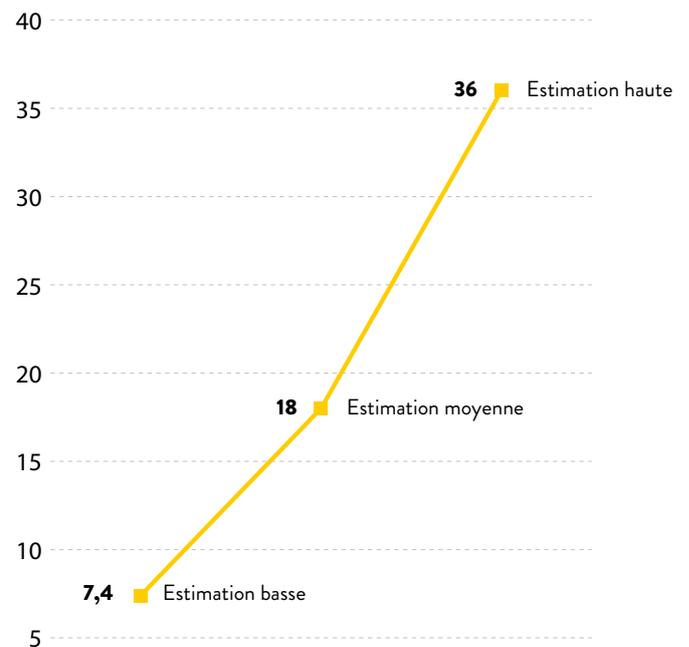


5. Estimations des bénéfices de la mise en place d'un programme national de prévention dans les écoles pour les élèves âgés de 12 à 14 ans (US) – Coût du programme: 220 \$ par élève.

Économies réalisées par élève :



Rapport coût-bénéfice :



Source: Samhsa.gov

Edgar Szoc

Le développement des compétences psychosociales : la version probante de la prévention

C'est en 1993 que l'Organisation mondiale de la santé fait paraître un document encourageant la mise en œuvre de programmes de développement des compétences psychosociales dans les écoles. Près de trente ans plus tard, le déploiement de ces programmes est éminemment variable d'un pays à l'autre. Mais que sont ces compétences psychosociales et en quoi leur développement constitue-t-il un outil adéquat en matière de prévention des assuétudes ?

Comme c'est souvent le cas en matière de concepts développés par des institutions internationales, la première question à se poser est celle de la... traduction. En effet, le texte original¹, en anglais, fait référence à des « life skills » (littéralement, « compétences de vie ») – une expression aux connotations beaucoup moins académiques et comportementalistes que sa traduction attestée de « compétences psychosociales ». Au moment de définir, ces *life skills*, l'OMS évoque « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et épreuves de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé renvoyant au bien-être physique, psychique et social. »

Le concept renvoie donc de manière évasive – à défaut d'être explicite – au qua-

trième axe de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986). Celui-ci incite en effet à appuyer le développement individuel et social grâce à « l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie ». Il vise en outre le renforcement des possibilités de contrôle de sa propre santé et de son environnement et recommande que ce travail soit facilité « dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire » et que des actions soient menées « par l'intermédiaire des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes² ».

Une littérature abondante s'est attachée à catégoriser et sous-catégoriser les compétences psychosociales en compétences sociales, compétences cognitives et compétences émotionnelles, qui se déclinent à leur tour en toute une série d'aptitudes à faire face à différents types de situations (pour un résumé, voir le tableau : « Les compétences psychosociales : une synthèse »).

1. OMS, *Life Skills Education in Schools*, Genève, 1993.

2. OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Genève, 1986.

Les compétences psychosociales : une synthèse

COMPÉTENCES SOCIALES (ou interpersonnelles ou de communication)	COMPÉTENCES COGNITIVES	COMPÉTENCES ÉMOTIONNELLES
<ul style="list-style-type: none"> Compétences de communication verbale et non verbale : écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des <i>feedback</i>. L'empathie, c'est-à-dire la capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension. Capacités de résistance et de négociation : gestion des conflits, capacité d'affirmation, résistance à la pression d'autrui. Compétences de coopération et de collaboration en groupe Compétences de plaidoyer qui s'appuient sur des compétences de persuasion et d'influence. 	<ul style="list-style-type: none"> Compétences de prise de décision et de résolution de problème. Pensée critique et auto-évaluation qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de pouvoir identifier les informations et sources d'informations pertinentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Compétences de régulation émotionnelle : gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, à l'abus et aux traumatismes. Compétences de gestion du stress qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation. Compétences d'auto-évaluation et d'autorégulation qui favorisent la confiance et l'estime de soi.

Source : LAMBOY, B. et Luis, E., « Les compétences psychosociales : définition et état des connaissances », *La santé en action*, n° 435, mars 2015.

Des déclinaisons variables

Comme tout concept émanant des organisations internationales, celui de compétences psychosociales a fait l'objet de déclinaisons et d'appropriations variées selon les pays. Les premiers à avoir embrayé, dès les années nonante sont les Anglo-saxons, qui parallèlement à la mise en œuvre de programmes, ont développé des méthodologies d'évaluation spécifiques destinées à en attester le caractère probant (*evidence-based*) et répliquable. Les pays francophones semblent plus lents à démarrer : en France, c'est au cours des années 2010 que le décollage s'est vraiment effectué. Et c'est très récemment qu'il a fait l'objet

d'une Stratégie nationale 2018-2022 (de déploiement des programmes de renforcement des compétences psychosociales).

Les programmes de renforcement des compétences psychosociales figurent désormais dans les orientations prioritaires de la Stratégie nationale de santé et du Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. Ils s'adressent aux élèves de l'école primaire ou du collège et sont généralement co-pilotés par l'Agence régionale de santé et le rectorat. Après une phase d'expérimentation menée par des associations (Addictions France, Fédération Addiction, Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale, etc.), « l'enjeu désormais est de dessiner une trajectoire qui

permette d'aller de l'expérimentation des programmes à leur déploiement sur le territoire, puis vers leur généralisation³ ». L'objectif de cette stratégie ne se limite pas à la prévention de la consommation de substances psychoactives, mais aussi des comportements violents, des comportements sexuels à risque et, plus largement, des problèmes de santé mentale.

3. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), *Le renforcement des compétences psychosociales : pour une prévention efficace à l'école*. Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/lessentiel-renforcement-competences-psycho-sociales-une-prevention-efficace-lecole-0>



LES PRINCIPAUX PROGRAMMES DE PRÉVENTION PAR LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES EN FRANCE

• Tina et Toni et Primavera

Ces deux programmes jugés prometteurs sont destinés aux élèves des classes de l'école maternelle pour l'un, et aux élèves de l'enseignement primaire pour l'autre. Ils prennent la forme d'ateliers proposant des mises en situation et des jeux de rôles.

• Good Behaviour Game (GBG)

GBG propose, aux élèves du premier degré, des activités régulières en groupes, centrées sur les attendus des programmes d'enseignement. Au cours de ces travaux collaboratifs, les élèves apprennent, sous la conduite de leur enseignant, à maîtriser leurs propos et leurs émotions, à interagir avec pondération, à organiser le travail collectif, à analyser leur contribution au travail d'équipe et le fonctionnement du groupe.

• Unplugged

Destiné aux collégiens, le programme Unplugged prévoit neuf séances d'activités et trois séances consacrées à des informations sur les risques liés à la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis. Informés également sur les niveaux réels de consommation des jeunes de leur âge et invités à analyser le fonctionnement des groupes de pairs, les élèves développent notamment une plus forte résistance aux influences de leur environnement.

Source : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), Le renforcement des compétences psychosociales : pour une prévention efficace à l'école. Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/essentiel-renforcement-competences-psychosociales-une-prevention-efficace-lecole-0>

Un espace d'expérimentation

À rebours de l'impression quelque peu top-down que pourrait donner cette batterie de programmes clé sur porte, scientifiquement validés, Mélanie Bertier, chargée de mission et de formation chez Addictions France insiste sur leur caractère partenarial et sur l'importance de la co-construction avec les bénéficiaires : ceux-ci doivent avoir leur place dans l'élaboration du programme, ou au moins de sa mise en œuvre. À titre d'exemple, elle indique que les programmes Unplugged, qui avaient été pensés différemment pour les 6-8 ans et pour les 9-11 ans ont finalement été fusionnés lorsqu'il s'est avéré difficile de séparer les groupes. Au final, cette mixité s'est révélée payante – notamment du fait de la fonction de modèle que pouvaient jouer les aînés.

Des programmes démontrés comme efficaces ont été mesurés comme contre-productifs s'ils ont été mal mis en place.

Plus généralement, les ateliers de développement des compétences psychosociales doivent se penser comme des espaces d'expérimentation plutôt que de transmission, des lieux dans lesquels la posture de l'intervenant.e doit tenir de la facilitation beaucoup plus que de l'expertise. « Des programmes démontrés comme efficaces ont été mesurés comme contre-productifs s'ils ont été mal mis en place », indique d'ailleurs Mélanie Bertier.

En outre, si certains programmes, comme Tina et Toni et Primavera, Unplugged ou le Good Behaviour Game, sont dits « validés » lorsque « des effets positifs ont été démontrés empiriquement par des protocoles expérimentaux, ont été maintenus à long terme (au moins 1 an)



et répliqués dans au moins deux sites différents⁴ », il existe toute une série d'autres formules, qui, sans faire l'objet de cette validation, sont « basées sur les données probantes ». Elles offrent alors – en attendant une potentielle validation – un espace d'expérimentation et d'adaptation encore plus important. C'est par exemple le cas du programme « Papillons, ensemble déployons nos ailes » qu'Addictions France entend commencer à tester dans l'ensemble des Hauts-de-France.

En Belgique, force est de constater qu'en matière de prévention des assuétudes l'approche par les compétences psychosociales ne connaît pas encore de déclinaisons formelles, même si différents programmes l'intègrent implicitement ou la pratiquent, comme Monsieur Jourdain la prose.

4. LAMBOY, B., « Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes », *Santé publique*, vol. 23, 2011



**Emilia Bogdanowicz –
Psychologue et responsable de
projets (Le Pélican)**

**François Mertens – Psychologue et
coordinateur joueurs.aide-en-ligne.
be (Le Pélican)**

Le rôle de l'aide en ligne dans la prévention en matière d'alcool et de jeux

**Le développement d'outils
en ligne en matière d'alcool
et de jeux est désormais
suffisamment ancien pour
évaluer ses résultats. C'est
ce que proposent Emilia
Bogdanowicz et François
Mertens pour les différents
modules que le Pélican a
consacrés aux questions de
l'alcool et des jeux.**

Au sujet de l'alcool...

Au niveau mondial, la consommation d'alcool

est un facteur étiologique impliqué dans plus de 200 maladies et traumatismes (World Health Organization, 2014). La Belgique est particulièrement concernée puisqu'en 2015, le Centre Fédéral des Soins de Santé (KCE) rapportait qu'un Belge sur 10 (de plus de 15 ans) présentait une consommation problématique d'alcool (Mistiaen *et al.*, 2015).

Que ce soit dans un contexte d'abus d'alcool, de *binge drinking* ou encore de dépendance, l'information et la prise en charge des personnes est indispensable. Pourtant, seule une minorité de personnes touchées par cette problématique intègre le circuit classique des soins.

En effet, Kohn *et al.* (2004) ont montré que la consommation excessive d'alcool est la problématique de santé mentale qui présente le « *treatment gap* » le plus important. Pour l'alcool, celui-ci s'élève à 78,1 % alors qu'il est moindre dans d'autres troubles mentaux comme la dépression (56,3 %) ou le trouble bipolaire (50,2 %). En matière d'alcool, on observe en Belgique un délai moyen de 18 ans entre l'apparition du trouble et le premier traitement reçu par les personnes (Bruffaerts *et al.*, 2007).

Pour les chercheurs du KCE (Mistiaen *et al.*, 2015), ce « *treatment gap* » serait lié à deux types de facteurs. Les premiers sont propres aux consommateurs. Ils englobent la honte, la peur d'être stigmatisé, le souhait de conserver l'anonymat, ou encore l'ambivalence au changement. Les seconds sont des facteurs contextuels comme l'absence d'une structure spécialisée de proximité, la difficulté à accéder à un centre d'aide en dehors des heures de travail, ou encore la difficulté à se déplacer. Enfin, le délai de prise en charge s'expliquerait aussi par la normalisation de la consommation d'alcool dans notre société actuelle.

Au sujet du jeu...

Plus discrète, mais tout aussi lourde de conséquences, la pratique excessive des jeux de hasard et d'argent concernerait 5,2 % de la population belge de plus de 18 ans (Van Rooij *et al.*, 2017). Ils seraient moins de 15 % à faire appel à des services d'aide (Minet *et al.* 2004). Un « *treatment gap* » qui inquiète en raison du boom des jeux en ligne, plus à risque d'excès que les jeux hors ligne (J.-M. Costes *et al.*, 2011).

Une solution via l'aide en ligne ?

Pour répondre à ces défis, l'aide en ligne est une ressource qui a fait ses preuves (Andersson *et al.*, 2016 ; Carlbring *et al.*, 2018). Elle est une démarche thérapeutique à part entière, intégrée et complémentaire à la diversité des aides existantes. Cette alternative répond aux nouvelles attentes en matière de soins de santé. En effet, de plus en plus de personnes utilisent internet pour rechercher une information en matière de santé, et /ou pour prendre contact avec un professionnel de la santé². Ce média permet des interventions plus précoces (Hohl *et al.* 2010) et résorbe l'écart entre la demande de soins en santé mentale et l'offre réellement existante (Lal & Adair, 2014).

Les moyens de communication actuels permettent une variété de possibilités : des applications sur téléphone aux sites internet, du partage d'informations aux programmes incitant au changement de comportement. Certains sont entièrement automatisés (« *selfhelp* »), d'autres proposent un accompagnement thérapeutique réalisé par email, chat ou vidéoconférence (Hohl *et al.*, 2010). Certains s'adressent à une population non clinique et visent à améliorer la santé mentale et le bien-être général (Bakker *et al.*, 2016) ; d'autres encore ciblent une problématique et un public plus spécifiques comme, par exemple, la prise en charge des assuétudes.

1. Proportion du nombre de personnes qui ont besoin d'un traitement, mais qui ne l'obtiennent pas.

2. Baromètre de la société de l'information (2017) – SPF Économie.



Une grande partie de ces initiatives s'appuient sur les modèles et les outils issus des thérapies comportementales et cognitives (Andersson, 2016). Certaines sont intégrées à des thérapies classiques en face à face, tandis que d'autres sont entièrement délivrées par Internet. Elles permettent d'élargir l'éventail des possibilités, de créer de nouvelles façons d'aider, d'accompagner et/ou d'informer, tout en partageant certaines caractéristiques avec les approches classiques. Différentes études et méta-analyses (pour une revue complète, voir Andersson, 2016) ont cherché à comparer les interventions en ligne aux interventions classiques. Elles concluent toutes sur les nombreux avantages des interventions en ligne : la diffusion d'une information à grande échelle (psychoéducation), la possibilité d'approcher un public qui ne se présente pas (encore) dans les centres d'aide classiques grâce à sa flexibilité (lieu, horaire), sa facilité d'accès (ne nécessitant qu'un ordinateur et une connexion), et une limitation des coûts (pas de déplacements par exemple). En outre, les résultats mettent en évidence qu'une alliance thérapeutique forte et satisfaisante est possible lors d'interventions en ligne et qu'un contact thérapeutique minimum (une fois par semaine) permet d'améliorer l'adhésion au traitement et l'efficacité de l'intervention. Cependant, l'aide en ligne n'a ni la vocation de remplacer les approches traditionnelles en face à face, ni de répondre à toutes les situations.

Tant pour la consommation d'alcool que pour le jeu, plusieurs études cliniques randomisées (Schaub *et al.*, 2018 ; Cunningham, 2012 ; Blankers *et al.*, 2011 ; Postel *et al.*, 2010 ; Cunningham *et al.*, 2009 ; Riper *et al.*, 2008) et plusieurs méta-analyses (Van der Maas *et al.*, 2019 ; Giroux *et al.*, 2017 ; Sundström *et al.*, 2017 ; Riper *et al.*, 2011 ; Rooke *et al.*, 2010 ; White *et al.*, 2010) ont mis en évidence l'intérêt des interventions en ligne.

www.aide-alcool.be et joueurs.aide-en-ligne.be

Face à tous ces constats, deux sites ont été mis à disposition des francophones de Belgique. En 2012 **www.aide-alcool.be** et en 2013 **joueurs.aide-en-ligne.be**. Ces sites internet proposent un support d'informations et de soins. Leur approche s'intègre dans un continuum de prévention – soins – réduction des risques. Ils reposent sur un modèle « *stepped-care* » dans lequel chaque intervention est adaptée aux besoins de santé

l'objectif est d'offrir une alternative complémentaire au circuit des soins classiques. Il s'adresse aux personnes dont la motivation au changement est fragile et qui ne se situent pas encore dans une démarche active de soins. Concrètement, elles peuvent s'informer et être aidées au sein de leur communauté de vie, depuis un lieu rassurant (chez elles, le plus souvent) et au moment où elles en ont besoin. Cela leur permet d'apprivoiser petit à petit toutes les étapes du changement et d'avancer pas à pas vers celui-ci.

Les deux sites s'adressent à toute personne : à la recherche d'informations relatives à la consommation d'alcool ou à la problématique du jeu, que ce soit pour soi ou pour un proche ; à la recherche de tests en ligne d'évaluation de la consommation et de la



motivation au changement ; et/ou qui désire s'inscrire au programme d'aide en ligne. Ces sites ont été construits sur la base des modèles de

des bénéficiaires. En fonction de l'étape du processus de changement dans laquelle la personne se trouve (Prochaska et Di Clemente, 1983), chacun.e peut trouver l'aide qui lui correspond. La progression est graduelle, allant des interventions plus légères (s'informer ou évaluer sa consommation) aux interventions plus complexes (programme d'aide au changement en ligne, en autonomie ou avec un psychologue).

Basé sur l'autonomie et la participation active (*empowerment*), cet accompagnement en ligne vise l'amélioration de la qualité de vie. Il permet, en mettant l'accent sur les ressources et compétences personnelles de l'individu, de restaurer sa capacité de prise de décision et de contrôle de sa propre vie. Par ailleurs,

prise en charge cognitivo-comportementale des assuétudes, et utilisent les outils de l'approche motivationnelle. L'accompagnement associe des consultations en ligne à la possibilité de compléter de manière autonome des outils d'aide à la prise de décision (suivi de la consommation quotidienne, balance décisionnelle, analyse des situations à risque, plan d'action, etc.) et de prévention de la rechute. Le suivi psychologique est réalisé toujours avec le même psychologue, une fois par semaine pendant 50 à 60 minutes, sur rendez-vous, et uniquement par écrit (« chat » sans micro ni caméra) pendant 3 mois.

Quelques chiffres et résultats, l'exemple du site www.aide-alcool.be

Depuis sa mise en ligne en 2012, le site **www.aide-alcool.be** prouve son importance. Annuellement nous observons une moyenne de 900 000 visites du site, 35 000 tests



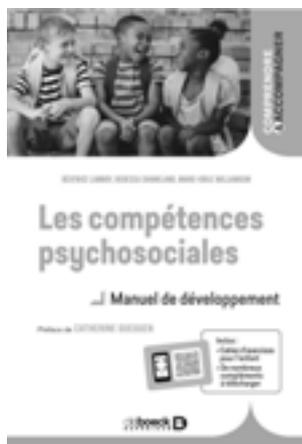
d'AUDIT réalisés (test d'évaluation de la consommation d'alcool de l'Organisation mondiale de la Santé), 1200 inscriptions au programme de Selfhelp, 500 inscriptions au programme accompagné d'un psychologue et environ 1200 entretiens psychologiques par chats.

Le public qui demande de l'aide est également identifiable. Il s'agit d'une majorité de femmes, d'un public de tout âge (de 18 ans à 75 ans), 50 % d'entre eux ont un diplôme d'études supérieures, 70 % travaillent toujours et 50 % n'ont jamais abordé leur problématique de consommation d'alcool avec un professionnel. Cela prouve la complémentarité de cet outil : le site permet effectivement de toucher un public peu présent dans nos centres de soins spécialisés.

Enfin, nos résultats indiquent qu'après 12 semaines, les personnes qui ont bénéficié d'une aide en ligne spécialisée, via des sessions de chat sur rendez-vous, ont modifié leurs habitudes de consommation et ressentent moins de problèmes de santé liés à l'alcool. Ces résultats sont en concordance avec ceux d'autres équipes qui utilisent l'aide en ligne dans ce domaine (pour une revue, voir Sundström et al. 2017). Pris dans leur ensemble, les bénéficiaires du programme ont réduit de manière significative leur consommation. Dès les 6 premières semaines d'accompagnement, des changements significatifs sont objectivés et se maintiennent jusqu'au terme des 12 semaines. Nos résultats nous permettent également de constater qu'il est possible d'établir une relation thérapeutique satisfaisante lors d'interventions basées sur internet, comme cela a pu être mis en évidence auparavant dans d'autres études à ce sujet (Ferberda et al., 2015; Hohl et al., 2010; Knaevelsrud & Maercker, 2007; Cook & Doyle, 2002).

RÉFÉRENCES

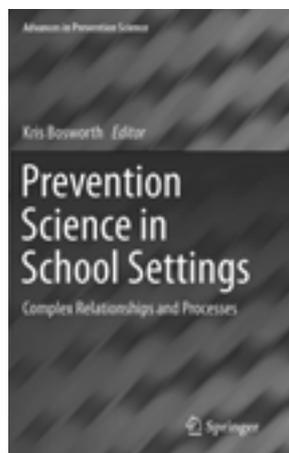
- **ANDERSSON, G.**, « Internet-delivered Psychological Treatments », *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 12, 2016
- **BAKKER, D. et al.**, Mental Health Smartphone Apps: Review and Evidence-Based Recommendations for Future Developments », *Journal of Medical Internet Research*, 3(1), 2016
- **BLANKERS, M.**, « Economic Evaluation of Internet-Based Interventions for Harmful Alcohol Use Alongside a Pragmatic Randomized Controlled Trial », *Journal of Medical Internet Research*, 14(5), 2012
- **BRUFFAERTS, R.**, « Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 42, 2007
- **CALBRING, P.**, « Internet-based vs. Face-to-face Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric and Somatic Disorders: an Updated Systematic Review and Meta-analysis », *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 2018
- **COOK, J.E. et DOYLE, C.**, « Working Alliance in Online Therapy as Compared to Face-to-Face Therapy : Preliminary Results », *Cyberpsychology and Behavior*, 5(2), 2002
- **COSTES, J.-M., et al.**, « Les pratiques de jeux d'argent sur Internet en France en 2017 », *Les notes de l'observatoire des jeux*, n°9, 2018
- **CUNNINGHAM, J.A. et al.**, « A randomized controlled trial of an internet-based intervention for alcohol abusers », *Addiction*, 104(1), 2009
- **CUNNINGHAM, J.A.**, « Comparison of Two Internet-Based Interventions for Problem Drinkers: Randomized Controlled Trial », *Journal of Medical Internet Research*, 14(4), 2012
- **FERWERDA, B. et al.**, « Predicting Personality Traits with Instagram Pictures », *Empire 15 : 3rd Workshop on Emotions and Personality in Personalized Systems*, 2015
- **GIROUX, I.**, « Online and Mobile Interventions for Problem Gambling, Alcohol, and Drugs: A Systematic Review », *Frontiers in Psychology*, 8(954), 2017
- **HOHL, E. et al.**, « Caractéristiques et évidences empiriques des traitements psychologiques basés sur Internet », *Journal de théorie comportementale et cognitive*, 20(1), 2010
- **KNAEVELSRUD, C., et MAERCKER, A.**, « Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial », *BMC Psychiatry*, 7(13), 2007
- **LAL, S. et ADAIR, C.A.** « E-Mental Health: A Rapid Review of the Literature », *Psychiatry Online*, 2014
- **MINET, S. et al.**, *Du Plaisir du jeu à la souffrance du jeu : une enquête sur le jeu et la dépendance au jeu*, Bruxelles, Fondation Rodin, 2004
- **MISTIAEN, P.**, *Reduction of the treatment gap for problematic alcohol use in Belgium*, Bruxelles, KCE, 2015
- **POSTEL, M.A.**, « Effectiveness of a Web-based Intervention for Problem Drinkers and Reasons for Dropout: Randomized Controlled Trial », *Journal of Medical Internet Research*, 12(4), 2012
- **PROCHASKA, J.O. et Di Clemente C.C.**, « Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 1983
- **RIPER, H. et al.**, « Web-based Self-help for Problem Drinkers: a Pragmatic Randomized Trial », *Addiction*, 103(2), 2008
- **RIPER, H. et al.**, « Effectiveness of E-Self-help Interventions for Curbing Adult Problem-Drinking : A Meta-Analysis », *Journal of Medical Internet Research*, 13(2), 2011
- **ROOKE, S. et al.**, « Computer-delivered Interventions for Alcohol and Tobacco Use: a meta-analysis », *Addiction*, 105(8), 2010
- **SCHAUB, M.P. et al.**, « Alcohol e-Help: Study Protocol for a Web-based Self-help Program to Reduce Alcohol Use in Adults with Drinking Patterns Considered Harmful, Hazardous or Suggestive of Dependence in Middle-income Countries », *Addiction*, 113(2), 2017
- **SUNDSTRÖM, C. et al.**, « Computer-based Interventions for Problematic Alcohol Use: a Review of Systematic Reviews », *International Journal of Behavioural Medicine*, vol. 24, 2017
- **VAN DER MAAS, M. et al.**, « Internet-Based Interventions for Problem Gambling: Scoping Review », *Journal of Medical Internet Research*, 6(1), 2019
- **VAN ROOIJ, A.J.**, « Lost in the chaos: Flawed literature should not generate new disorders Commentary on: Chaos and confusion in DSM-5 diagnosis of Internet Gaming Disorder: Issues, concerns, and recommendations for clarity in the field (Kuss et al.) », *Journal of Behavioral Addictions*, 6(2), 2017
- **WHITE, A. et al.**, « Online Alcohol Interventions: A Systematic Review », *Journal of Medical Internet Research*, 12(5), 2010
- **World Health Organization**, *Global Status Report on Alcohol and Health*, World Health Organization, 2014



Les compétences psychosociales – Manuel de développement

SHANKLAND, Rebecca, LAMBOY, Béatrice et WILLIAMSON, Marie-Odile, Bruxelles, De Boeck, 2021.

Dans ce livre très accessible, les trois autrices proposent un véritable guide de mise en pratique de l'apprentissage des compétences psychosociales (CPS) dans une optique de santé globale. Après un résumé sur les connaissances théoriques et leur validation empirique, une série de fiches pratiques sont proposées pour la mise en œuvre d'ateliers visant au développement des CPS, qu'elles soient cognitives (s'auto-évaluer de façon positive, savoir résoudre des problèmes, savoir être en pleine conscience), émotionnelles (identifier, comprendre et réguler les émotions, les exprimer de façon adaptée, et gérer son stress) ou sociales (développer des relations positives, communiquer de façon positive, s'affirmer et résister à la pression sociale).



Prevention Science in School Settings – Complex Relationships and Processes

BOSWORTH, Kris (ed.), New York, Springer, 2015.

Ce volume à consulter en bibliothèque plutôt qu'à acheter – il coûte plus de 120 euros ! – sera aussi utile pour les spécialistes de la prévention que pour l'ensemble des professionnels en lien avec les jeunes, à qui il fournit des analyses et données rigoureuses sur le rôle des écoles et du corps enseignant en matière de prévention. Le corpus théorique est enrichi de nombreux exemples concrets de programmes de prévention scolaire couronnés de succès ou – et c'est tout aussi intéressant – ne montrant pas d'effet manifeste. L'explication de ces échecs et l'approche « essais et erreurs » qui sous-tend les différentes contributions offrent une lecture stimulante, qui démontre tout l'intérêt de la mise en place de programmes de prévention sans faire l'impasse sur les nombreuses conditions à rassembler pour que cet intérêt ne demeure pas seulement théorique. Un véritable travail de transposition est toutefois nécessaire dans la mesure où les expériences évoquées sont toutes situées dans le contexte étatsunien.



Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis

MILLER, Ted et HENDRIE, Delia, Rockville MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse prevention, 2008. Disponible sur <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/cost-benefits-prevention.pdf>

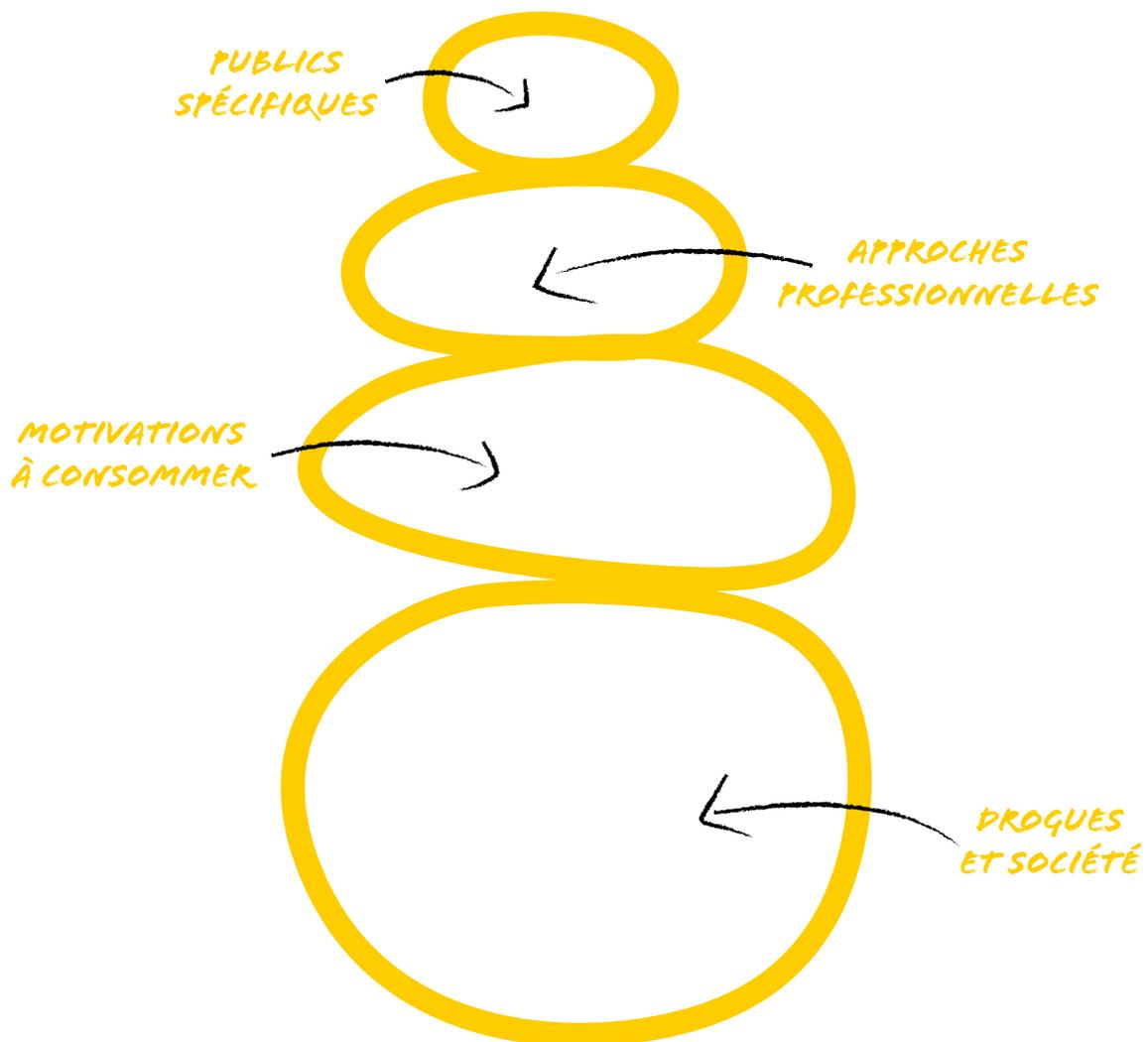
Cette étude réalisée en 2008 pour le compte du gouvernement américain recourt à l'analyse économique coût-bénéfice pour offrir un plaidoyer vigoureux en faveur de la généralisation de programmes de prévention dans les écoles. Sur la base d'évaluation de programmes mis en œuvre au niveau local, les auteurs constatent en effet que la « rentabilité » des programmes de prévention oscille entre 7,4 et 36 dollars d'économie à long terme pour chaque dollar investi aujourd'hui dans ces programmes de prévention (avec une estimation moyenne de 18 dollars épargnés par dollar investi).

DROGUES SANTÉ PRÉVENTION

ENVIE DE VOUS ABONNER À LA REVUE ?

L'ABONNEMENT, EN LIGNE OU PAPIER, EST GRATUIT.

CEPENDANT, VOUS POUVEZ SOUTENIR
NOTRE TRAVAIL EN SOUSCRIVANT
À UN ABONNEMENT DE SOUTIEN (24 €/AN).



INTÉRESSÉ PAR UNE QUESTION EN PARTICULIER ?
UTILISEZ LA BASE DE DONNÉES EN LIGNE
DE PROSPECTIVE JEUNESSE !
WWW.PROSPECTIVE-JEUNESSE.BE





DROGUES SANTÉ PRÉVENTION

Numéros à venir — Appel à contribution

Numéro 95: Drogues et école

Les pratiques des établissements scolaires dans l'appréhension de la consommation des drogues ont évolué ces dernières années, et connaissent désormais une importante variété.

Ce numéro entend faire le point et, dans la mesure du possible, participer à la diffusion des bonnes pratiques en la matière. Propositions/résumés d'articles à remettre pour le 10 août 2021 à edgar.szoc@prospective-jeunesse.be. Versions définitives attendues pour le 5 septembre 2021

Avec le soutien de :

