Périodique trimestriel
OCTOBRE 2025 - MARS 2026

Numéro d'agrégation : P405048
Bureau de dépôt 1050 Bruxelles 5

bpost
PB-PP
BELGIE(N)-BELGIQUE

dsp DROGUES SANTÉ PRÉVENTION

Addictions promotion santé

112 – 113

les 30 ans de la revue



Prévention à 360°

défis d'hier et d'aujourd'hui

Prospective Jeunesse devient DROGUES SANTÉ PRÉVENTION

Née en 1978 comme le centre d'études de l'AMO SOS Jeunes dédiée aux difficultés vécues par les jeunes, Prospective Jeunesse s'est constituée en ASBL en 1996. Au fil des ans, l'association n'a cessé de voir ses missions s'élargir et ses publics se diversifier. Une proportion de plus en plus importante d'acteurs et actrices s'adressant à ses services relève désormais de secteurs sans lien direct avec la jeunesse.

Son nouveau nom Drogues Santé Prévention, emprunté à la revue publiée par l'association, reflète ces évolutions et traduit le champ d'activités actuel de l'ASBL, à savoir l'information, la sensibilisation, la formation et l'accompagnement des acteurs et actrices en lien avec les jeunes, mais aussi du social, de la santé, du sport, etc.

Drogues Santé Prévention est une association active en prévention des addictions. Ses missions s'inscrivent dans la promotion de la santé et du bien-être des individus et des collectivités. Ses activités visent à renforcer le pouvoir d'agir des personnes, leurs ressources personnelles et collectives, ainsi qu'à favoriser des environnements propices à la santé, afin qu'elles puissent faire des choix éclairés, agir sur leur bien-être et prévenir les risques liés aux usages de produits psychoactifs, d'écrans, de jeux de hasard, etc.

Drogues Santé Prévention forme les professionnel·les et accompagne les équipes qui souhaitent renforcer leurs capacités à agir en prévention des addictions. L'association accueille également les personnes usagères et leurs proches, et mène des actions de plaidoyer en matière de politiques de prévention.

Drogues Santé Prévention est la revue trimestrielle en Belgique francophone consacrée aux usages de drogues. Elle s'adresse aux professionnel·les du social, de la santé, de la jeunesse, de l'éducation, etc., souhaitant mieux comprendre ce phénomène et les questions qui lui sont liées. Publiée par l'ASBL du même nom, elle s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé et propose un regard critique, complexe et nuancé sur les usages de substances psychoactives et les comportements susceptibles d'entraîner une addiction, tout en offrant des pistes concrètes pour la pratique professionnelle.

Editeur responsable
Guilhem de Crombrugghe

Rédactrice en cheffe
Marinette Mormont

Comité d'accompagnement
Christine Barras, Magali Company, Elodie Della Rossa, Manuel Dupuis, Jean-Sébastien Fallu, Damien Favresse, Michaël Hogge, Cedric Jamar, Alexis Jurdant, Kris Meurant, Flavia Purdela, Edgar Szoc, Anaïs Teyssandier.

Ont collaboré à ce numéro
Gregor Burkhart
Guilhem de Crombrugghe
Ebe Daems
Michaël Hogge
Marie-Claire Lambrechts
Sarah Lenoir
Edgar Szoc

Illustrations
In-graphics.be

Impression
AZ PRINT sa

Graphisme et mise en page
In-graphics.be

Les articles publiés reflètent les opinions de leurs auteur·ices 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.

Sommaire

4
Alexis Goosdeel : « Il faut remettre à jour notre logiciel »
Alexis Goosdeel
Propos recueillis par Marinette Mormont

8
Prévention / quelques jalons historiques
Marinette Mormont

12
Prévention des assuétudes : origines et principes fondateurs
Marinette Mormont

15
Réduction des risques : un combat pour les droits à la santé, à la dignité et à la citoyenneté
Catherine Van Huyck
Propos recueillis par Marinette Mormont

18
En chiffres et en graphiques
Michaël Hogge

20
La prévention environnementale des usages de substances
Gregor Burkhart

26
40 ans du VAD : d'une petite ASBL à un centre d'expertise à part entière
Ebe Daems & Marie-Claire Lambrechts

29
Le collectif Agir en prévention : à la rencontre de nos partenaires

30
Centre Alfa : prévenir, c'est accompagner la réflexion et l'action
Marinette Mormont

32
Avat Prévention : nuancer les représentations
Marinette Mormont

34
Nadja : accompagner, former et documenter
Marinette Mormont

36
Univers Santé : parler produit n'est pas un gros mot
Edgar Szoc

38
Périscope : entre prévention et réduction des risques
Marinette Mormont

40
Le Pélican : favoriser le bien-être et la sécurité au travail
Marinette Mormont

42
Fares : de la prévention tabac à celle des nouveaux produits
Marinette Mormont

44
Infor Drogues & Addictions : la prévention en trois dimensions
Marinette Mormont

Édito

On ne peut pas dire que le secteur « drogues et addictions » ait été épargné par le gouvernement Arizona. Les récentes pertes de subsides, les nombreux projets en sursis et les propositions de conditionner l'octroi du revenu d'intégration sociale (RIS) des personnes présentant un problème de dépendance à un accompagnement médical nous rappellent à quel point les acquis de notre secteur sont fragiles et soumis aux aléas politiques. Les discours politiques et médiatiques qui sous-tendent et justifient ces attaques remettent en cause les fondements mêmes de la prévention des addictions et de la réduction des risques, jusqu'à évoquer, dans la bouche de certains responsables politiques, l'idée que les personnes usagères de substances illégales porteraient la responsabilité de la violence liée aux trafics. Dans ce contexte, et face à l'histoire qui se répète, il peut être difficile pour les travailleur·euses du secteur de ne pas se décourager. Surtout quand on voit être détricotés des projets qui ont mis des années, voire des décennies à se construire et tout le chemin qui reste à parcourir pour déployer une politique drogues fondée sur la santé, les droits humains et la justice sociale.

Il y a 30 ans, nous publiions le premier numéro de ce qui s'appelait alors les *Cahiers de Prospective Jeunesse*. À l'occasion de cet anniversaire, notre revue revient sur l'histoire du secteur prévention et réduction des risques et renoue avec les premières intentions afin de contribuer modestement à en retrouver le sens – trop souvent mis à mal dans le débat public –, et tente de dessiner les contours actuels de ce secteur avec les partenaires de la plateforme « Agir en prévention », qui rassemble les principaux services actifs en matière de prévention des assuétudes à Bruxelles et en Wallonie.

Depuis les années 1970, face au silence des pouvoirs publics et à une réponse purement répressive, des professionnel·les et des militant·es de terrain se sont associé·es pour construire des approches fondées sur la nuance, le non-jugement, le refus de réduire les personnes à leurs consommations et la nécessité de reconnaître la composante « santé publique » de la problématique drogues. Ces principes, bien que largement reconnus, sont toujours menacés aujourd'hui par un discours politique qui fait porter la responsabilité de sa santé sur l'individu et élude les déterminants sociaux des consommations de drogues. Ce discours stigmatisant nuit à la santé de trop nombreuses personnes – car la stigmatisation est en soi un facteur de risque – et entrave le travail de prévention, de réduction des risques et de soin que le secteur tente de mettre en œuvre.

Renouer avec les intentions d'origine — l'attention portée aux personnes plutôt qu'aux produits, la défense des droits fondamentaux, la reconnaissance de la dimension systémique des addictions — permettra ainsi, nous l'espérons, de resituer un secteur trop souvent réduit à des caricatures qui ignorent son histoire, sa complexité, mais aussi son ancrage scientifique. Cet ancrage, qui s'est construit sur des décennies de pratiques et d'évaluation, que ce soit au niveau local ou international, permettra peut-être à notre secteur d'opposer des réponses probantes et justes aux raisonnements idéologiques, et de démontrer que seule une action de terrain fondée sur la santé et la justice sociale pourra relever les défis à venir.

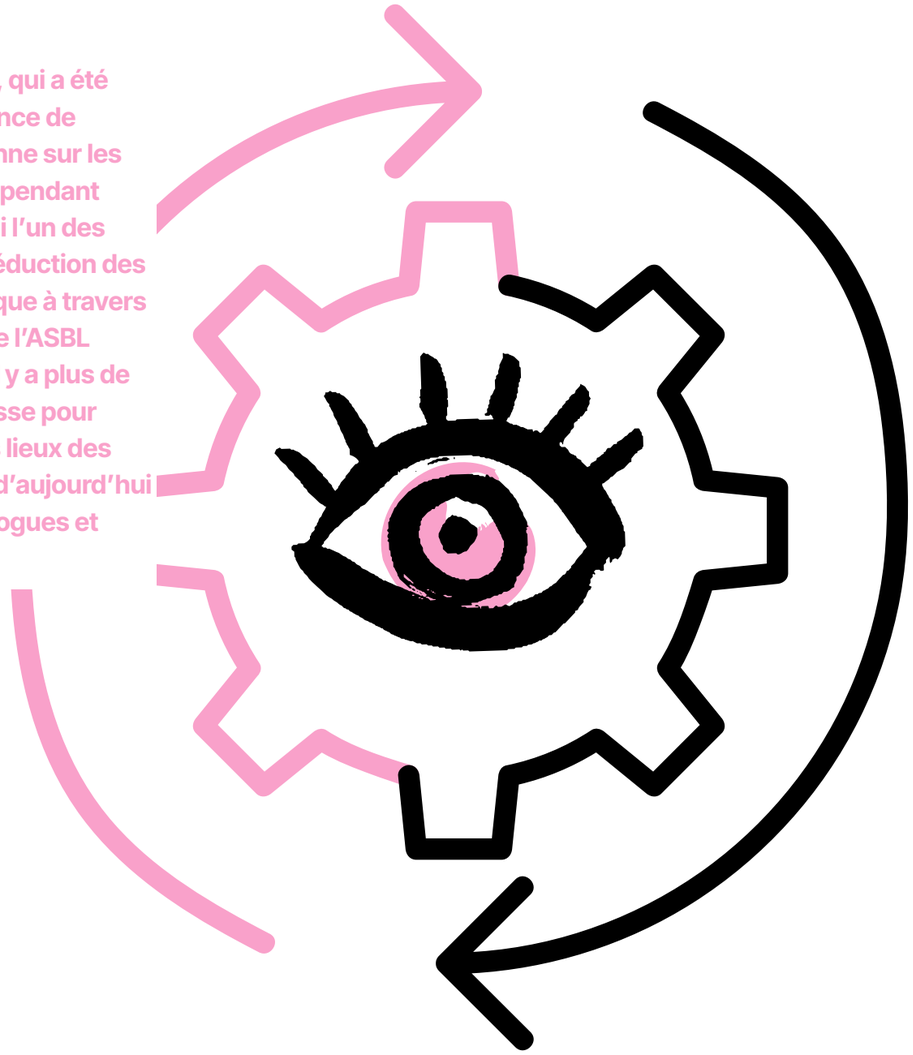
Guilhem de Crombrugghe

Alexis Goosdeel : « Il faut remettre à jour notre logiciel »

Alexis Goosdeel, ex-directeur exécutif de l'Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA)

Propos recueillis par Marinette Mormont

Alexis Goosdeel, qui a été à la tête de l'Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA) pendant dix ans, est aussi l'un des pionniers de la réduction des risques en Belgique à travers la cofondation de l'ASBL Modus Vivendi il y a plus de trente ans. Il dresse pour nous un état des lieux des enjeux d'hier et d'aujourd'hui en matière de drogues et d'addictions.



Quelles ont été les avancées les plus significatives dans l'histoire de la prise en charge des questions de drogues ?

Il y a 36 ans, quand nous avons créé ce qui allait devenir Modus Vivendi, nous étions en pleine épidémie d'héroïne, suivie de l'épidémie du virus VIH/sida qui a fait des ravages parmi les consommateur·ices d'héroïne. À l'époque, nous n'avions pas beaucoup de réponses, à l'exception des traitements de substitution à la méthadone utilisés par certains médecins depuis les années 70 mais longtemps criminalisés. Toutes les grandes villes d'Europe ont payé le prix fort en termes de vies perdues de personnes décédées d'overdoses, du VIH/sida, puis des conséquences de l'infection à l'hépatite C, à cause des idéologies et dogmatismes.

Il est important de s'en rappeler, parce que cette situation a été à l'origine de la mise en place d'une dimension plus sanitaire de la question des drogues. Par rapport à d'autres régions du monde, l'Union européenne a développé au fil du temps une approche, peut-être pas toujours aussi équilibrée que les autorités veulent bien le dire, mais qui comprenait tout de même une composante importante de santé publique, que l'on ne retrouvait pas dans les Amériques ou en Asie.

Les années 90 ont marqué l'émergence de la réduction des risques (RdR)…[1]

Oui. Cela reste largement un défi aujourd'hui. Je pense que l'une des difficultés, c'est que très peu de personnes connaissent vraiment les principes de base de la RdR. Dans beaucoup de pays en Europe, les décideurs ont dit qu'ils mettaient en œuvre une politique de RdR. J'ai toujours pensé que ce n'était pas vrai. Ce qui est exact, c'est qu'ils ont finalement autorisé les traitements de substitution aux opiacés. Mais les évolutions de la RdR sont demeurées très lentes[2]. À Chypre, les traitements à la méthadone n'ont été adoptés qu'en 2007[3]. Cela a été vraiment une lutte d'idéologies : dans certains pays influencés par l'Église catholique par exemple, l'attitude était de dire : « *On ne donne pas une drogue aux drogués.* » Donc, c'était soit les programmes de désintoxication (*drug-free*) ou rien. Aujourd'hui, la mise en place de salles de consommation et du *drug checking* reste très laborieuse, et on ne parle pas des nouveaux risques associés aux nouvelles substances.

Pourtant ces pratiques ont clairement fait la différence : on a commencé à sauver des vies, à réduire les infections au HIV et à l'hépatite C. Finalement, ces modalités de réponse ont été acceptées, mais la philosophie, elle, n'a pas été comprise et adoptée. En conséquence, certains se reposent aujourd'hui des questions que l'on se posait il y a 20 ou 30 ans. On observe un net risque de marche arrière.

Un autre élément majeur qui a changé les choses, c'est l'adoption en 2001 de la politique drogues au Portugal, avec un volet sociosanitaire et de réduction des risques, et un autre de lutte contre les trafics. Ces deux piliers reposent sur la décision de décriminaliser les usages de toutes les substances, et c'est à ce jour le seul pays qui a pris cette décision en Europe. Contrairement à ce que certains avaient prédit, cela n'a pas encouragé l'augmentation des usages de drogues. La politique portugaise a fait l'objet d'évaluations externes et répétées. Elle a permis non seulement d'avoir d'excellents résultats en matière sociosanitaire, mais a également évité de mettre en prison des personnes qui n'avaient commis aucun crime.

> *L'enjeu pour l'avenir réside dans le fait d'arriver à faire comprendre les principes de la RdR aux décideurs qui n'ont pas connu la situation d'il y a 30 ans.*

Que dire des politiques menées au niveau européen ?

Le premier plan européen sur la drogue a été voté par le Conseil européen à Rome en décembre 1990. C'était surtout un catalogue de bonnes intentions. En 2000, le Portugal a joué un rôle important dans l'adoption par le Conseil de l'UE d'un plan d'action plus multidisciplinaire et avec des objectifs mieux définis[4]. Concernant les évolutions, on peut évidemment mettre en avant des faiblesses, mais il s'agit de les comprendre comme le résultat d'un processus collaboratif qui a impliqué 15 puis 28 puis 27 États membres. J'estime qu'il y a eu des avancées intéressantes. La première, c'est que cette stratégie multidisciplinaire a été adoptée et que, bien qu'elle n'ait pas de caractère obligatoire (la Commission ne dispose pas de pouvoir de contrainte direct en la matière), elle est devenue une référence obligatoire pour tous les pays candidats à l'Union européenne.

Cela fait aussi 26 ans qu'une réunion de coordination se tient tous les mois au niveau du Conseil de l'UE entre les États membres, la Commission européenne, l'EUDA et Europol. Un espace de dialogue existe, au sein duquel les discussions ne sont plus uniquement idéologiques puisqu'il y a toujours comme point de départ une présentation des données dont on dispose, des nouvelles méthodes et réponses, et de leurs évaluations éventuelles. C'est un progrès important.

1. Concernant les évolutions de la RdR en Belgique, lire l'interview de Catherine Van Huyck en p. 15-17.

2. Voir la figure 13.2 du Rapport européen sur les drogues 2026 de l'EUDA sur le nombre de pays européens mettant en œuvre des interventions spécifiques de réduction des risques (traitement d'entretien à la méthadone, programmes d'échanges de seringues, analyse des drogues, naloxone à emporter, salles de consommation de drogues) entre 1967 et 2024 : https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2026/harm-reduction_fr#edr26-hr-figure-13.1

3. Quality of treatment services in Europe – drug treatmentsituation and exchange of good practice, University of Hamburg & Centre for Interdisciplinary Addiction Research (CIAR), février 2008 : https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treament_frep_en.pdf

4. https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/ec/00200-r1.en0.htm

Qu'en est-il aujourd'hui des usages et des marchés ?

À l'époque, ce que l'on connaissait de l'usage des drogues, c'était le cannabis et l'héroïne. On pensait que c'était du mono-usage. Je dis « on pensait » parce que nous n'avions pas les connaissances dont on dispose aujourd'hui. Les comparaisons sont donc un peu risquées. Il reste que le nombre de substances disponibles était assez limité. Aujourd'hui, la règle, c'est le poly-usage et une quantité énorme de substances. L'EUDA a lancé et pilote le système d'alertes européen depuis 1997 : entre 1997 et 2025, on a détecté 1 050 nouvelles substances apparues une première fois sur le marché. Parmi elles, 400 à 500 réapparaissent ici et là chaque année. On découvre donc à peu près une nouvelle substance chaque semaine et certaines d'entre elles s'installent plus durablement. C'est le cas de la kétamine.

Le recours à des substances est de plus en plus utilisé ou justifié par les consommateur·ices pour différentes raisons, entre autres pour augmenter la performance. Les notions d'individu augmenté, de réalité augmentée, entrent en ligne de compte. Plus les conduites addictives se développent et se complexifient, plus la perception de ces conduites change, et touche davantage de personnes de tous âges.

Un nouveau facteur a également fait irruption en Europe depuis environ sept ans et de manière plus nette les trois ou quatre dernières années, c'est la violence associée au marché des drogues. Jusqu'à il y a dix ans, quand on évoquait un plan européen concernant la violence associée aux drogues, on parlait d'aider l'Amérique centrale. Il n'y avait pas à proprement parler de situations de violences dans l'Union européenne. Aujourd'hui, tous les pays de l'UE sont concernés.

Ce phénomène n'est pas forcément aussi répandu que la presse ou les réseaux sociaux le font croire, mais la sécurité publique et des citoyen·nes est clairement devenue un défi. Cet élément est en train de rebattre les cartes, tout comme l'impact de la pandémie du Covid, qui a modifié les modalités de vente avec une ubérisation des marchés et des techniques de marketing de plus en plus agressives. D'habitude, je résume cela en trois mots : *Everywhere, Everything, Everyone*. Les drogues sont disponibles partout, il n'y a jamais eu autant de substances, et tout le monde - surtout si on inclut l'alcool dans l'analyse, ce que je préconise - connaît de près ou de loin quelqu'un qui a eu un problème de conduite addictive aiguë ou chronique.

Face à ces constats, quelles réponses apporter ?

Un des plus gros défis aujourd'hui pour nous tous, c'est de nous défaire du modèle de référence. En psychologie, on parle de théories implicites, à savoir la manière souvent inconsciente avec laquelle nous expliquons les choses que nous voyons autour de nous. Ces représentations ne sont bien entendu pas forcément justes, mais ce sont elles qui nous gouvernent. Il faut remettre à jour notre logiciel, en nous basant sur ce que l'on a appris dans le cadre de notre réponse à l'épidémie d'héroïne, mais aussi en nous adaptant à une nouvelle situation, à de nouvelles substances et à leurs combinaisons (on retrouve par exemple très souvent des benzodiazépines dans les analyses de sang *post-mortem* de personnes qui ont fait une overdose d'héroïne ou d'opiacés), et à de nouveaux risques.

Il y a 4 ou 5 ans, j'imaginais que l'on allait peut-être basculer du côté de l'adoption plus généralisée d'une politique drogues qui intègre la RdR. Aujourd'hui, nous sommes en train de prendre la direction opposée. C'est très préoccupant. Dans certains pays de l'UE, il est désormais interdit de parler de RdR. Des décideurs politiques prétendent relancer la guerre à la drogue et aux usager·ères, en exprimant par exemple leur intention de supprimer les allocations sociales des familles dans lesquelles il y aurait un enfant impliqué dans des activités délinquantes. Il est pourtant évident que toute mesure qui aboutit à augmenter la vulnérabilité devrait être évitée. On a vu ce qu'a donné au Mexique et en Colombie la guerre contre la drogue. Le danger, c'est donc celui d'un grand bond en arrière, à un moment où l'on va se retrouver face à des défis et des risques que nous ne sommes pas encore en mesure d'apprécier précisément. L'enjeu pour l'avenir réside dans le fait d'arriver à faire comprendre les principes de la RdR aux décideurs qui n'ont pas connu la situation d'il y a 30 ans, afin de répondre aux nouveaux défis qui nous attendent.

Et en termes de prise en charge ?

Il faut innover. Je vous donne un exemple qui, selon moi, est le plus caractéristique. On estime que la période de latence entre le premier usage de cocaïne et la première demande de traitement, c'est 10 à 12 ans, sans doute un peu moins lorsqu'il s'agit de crack. L'augmentation de la disponibilité de cocaïne en Europe remonte à 7 ou 8 ans, avec une petite pause pendant la première année du Covid. Nous avons la confirmation qu'il y a énormément de consommation, entre autres grâce à l'épidémiologie des eaux usées qui donne un ordre de grandeur des quantités consommées. Cela veut dire que d'ici deux ans ou trois ans, on devrait avoir un pic dans l'apparition de personnes qui vont demander de l'aide par rapport à leur dépendance à la cocaïne.

Le problème, c'est qu'il n'existe pas de traitement de substitution à la cocaïne comme il y en a pour l'héroïne. Nous n'avons pas, aujourd'hui, d'équipes en quantité suffisante si le nombre de personnes en traitement pour des dépendances à la cocaïne double. Nous n'avons pas non plus de protocoles de prise en charge qui garantissent un minimum de réussite, idéalement 50 à 60 %. Le traitement des addictions, c'est quelque chose de lent et la rechute fait partie du processus. Que ce soit pour la cocaïne, les nouveaux opioïdes de synthèse (on voit quelques signes avant-coureurs d'usage de nouveaux opioïdes synthétiques à la suite d'un ban sur la production d'opium par les talibans), les amphétamines et dans une moindre mesure la méthamphétamine, nous ne sommes pas prêts. Aux États-Unis, entre 2023 et 2024, il y a eu 95 000 décès par overdoses principalement liées aux opioïdes synthétiques (113 000 l'année précédente)[5]. C'est maintenant qu'il faut se préparer. Je peux comprendre que nous sommes dans un moment où les déficits publics sont très élevés et où des priorités entrent en compétition les unes avec les autres, mais selon moi, il faut réinvestir dans notre société et dans notre communauté. Il s'agit aussi de défendre et d'obtenir des conditions de travail dignes pour les travailleur·euses : les personnes qui travaillent sur le terrain pendant 30 ans le font tous·tes avec énormément de cœur et de professionnalisme, mais ils et elles en paient le prix car c'est un travail difficile et sans aucune sécurité d'emploi.

Faut-il avancer vers une régulation des marchés par les États ?

Il faut tirer les enseignements des expériences menées. Je distinguerais trois grands cas. Le premier, ce sont les États-Unis, avec un modèle à 100 % capitaliste où le but unique, c'est le profit. Il y a sept ans, j'ai réalisé une visite au Colorado : le secteur privé avait investi 9 milliards de dollars pour la production de cannabis. Ce système a donné lieu à beaucoup de conséquences inattendues et non programmées, notamment l'apparition d'aliments contenant du cannabis qui ont causé des intoxications d'enfants, mais aussi celle des e-liquides pour le vapotage contenant du THC concentré parfois jusqu'à 95 %. Ceux-ci sont d'ailleurs arrivés en Europe.

Le modèle canadien a des caractéristiques intéressantes parce qu'il a pour priorités à la fois la santé publique et la sécurité publique en essayant de délier le commerce du cannabis des organisations criminelles. Selon les estimations des autorités canadiennes, le modèle a amputé de plus ou moins 60 % le business du marché illégal. Le Canada a aussi une grande tradition d'évaluation : ils évaluent ce qui fonctionne ou pas, et tentent de prendre des mesures pour corriger ce qui doit l'être.

Concernant l'Europe, c'est difficile de parler d'un modèle, parce que ce n'est pas uniforme. Cela a commencé il y a 4 ans environ avec 4 pays : les Pays-Bas (production contrôlée de cannabis par l'État, vendue dans les *coffee shops* au sein de 10 villes), l'Allemagne et le Luxembourg (autorisation de production à usage personnel) et Malte (autorisation d'auto-culture et création de cannabis clubs à but non lucratif). Aujourd'hui, la République tchèque s'est jointe au mouvement ; en Slovénie, l'usage de cannabis reste interdit mais a été dépénalisé.

Quelles conditions vous semblent nécessaires pour avancer dans ce sens ?

Avec l'EUDA, nous avons apporté un soutien scientifique et méthodologique à un groupe de travail des pays européens qui se sont engagés dans cette voie afin de partager les preuves scientifiques, de comprendre les objectifs, de suivre les processus. Ce que nous avons défendu, c'est que la question la plus importante est de savoir quel objectif le législateur poursuit en voulant réguler le marché[6]. Est-ce réduire la délinquance, réduire les risques, réduire la taille du marché illégal et la masse d'argent qui circule et est recyclée dans l'économie ? On le voit avec l'alcool et le tabac, qui tuent en Europe plus de personnes que les autres drogues : la question des objectifs est primordiale.

Autre élément important : réguler ne peut se faire sans davantage de prévention et sans une meilleure prévention. À nouveau, il faut tirer les leçons de ce qui a été fait précédemment et réaliser qu'il ne suffit pas de dire « *Just say no* ». Il existe un réseau européen de recherche scientifique sur la prévention[7] qui fait un excellent travail et tout le monde devrait pouvoir en bénéficier. Aujourd'hui, on observe une dérive qui consiste à individualiser et responsabiliser les consommateur·ices, comme si tout n'était qu'une question d'informer un individu pour qu'il prenne une décision en connaissance de cause (du genre « un être averti en vaut deux »). L'être humain est par définition irrationnel et social. Il faut donc parler davantage des dimensions environnementale[8] et communautaire de la prévention.

> *L'être humain est par définition irrationnel et social. Il faut donc parler davantage des dimensions environnementale et communautaire de la prévention.*

Enfin, la clé de voûte de politiques drogues plus adaptées aux besoins et aux nouvelles réalités, c'est un recueil de données qui informe de l'analyse du problème et de l'élaboration des réponses, et qui alimente le suivi et l'évaluation de leur mise en œuvre. Dans ce domaine, nous avons fait ensemble de grands progrès dans l'UE depuis la création de l'Observatoire européen des drogues en 1993 et sa transformation en Agence européenne des drogues en 2024. C'est à présent au tour des nouvelles générations de décideurs politiques de s'informer, d'écouter, de proposer et de décider. Nous avons un bagage et une tradition dans ce domaine que tous les autres continents nous envient, à nous de les aider à comprendre et à s'approprier l'outil.

5. VOLKOW N., Reflecting on NIDA's 50th year and looking to 2025, National Institute On Drugs Abuse, janvier 2025 : https://nida.nih.gov/about-nida/noras-blog/2025/01/reflecting-nidas-50th-year-looking-to-2025

6. European cannabis policy toolkit, EUDA : https://www.euda.europa.eu/activities/european-cannabis-policy-toolkit_en

7. European Society for Prevention Research (www.euspr.org)

8. Lire dans ce numéro l'article de Gregor Burkhart sur la prévention environnementale en pp. 20 à 25.

Marinette Mormont

Prévention / quelques jalons historiques

XVIII^e et XIX^e siècles

L'hygiénisme[1]

Bien que des formes de prévention des maladies existent de longue date (par exemple les quarantaines et cordons sanitaires mis en place au Moyen Âge pour éviter la propagation de la peste et du choléra), la seconde moitié du XVIII^e siècle marque un tournant dans ce domaine. Sous l'influence de la notion de progrès, il s'agit désormais d'améliorer la santé individuelle et collective en contrôlant les maladies infectieuses et les comportements des populations. Les médecins développent une approche plus scientifique ainsi qu'une médicalisation des comportements en s'attaquant à certaines pratiques populaires considérées comme « fautives ». Des « sociétés de tempérance » voient le jour pour lutter contre la surconsommation d'alcool, perçue comme un « vice » des classes populaires.

1. BOURDELAIS P., L'histoire de la prévention : hygiénisme et promotion de la santé, dans BOURDILLON F., *Traité de prévention*, Flammarion, Paris, 2009 : https://www.irepspdl.org/_docs/Fichier/2015/4-150319033544.pdf ; NOURRISSON D., Aux origines de l'antialcoolisme, *Histoire, Économie & Société*, 1988 7^e année n° 4, pp. 491-506 : https://www.persee.fr/doc/hes_0752-5702_1988_num_7_4_2392

Loi de 1921[2]

Sur fond d'intérêts économiques et d'une vision moralisatrice, la Convention internationale de l'opium est signée en 1912 à La Haye. Celle-ci est ratifiée par la Belgique, alors que notre pays n'a ni intérêts dans le commerce de l'opium ni fumeries d'opium sur son territoire. En découle la promulgation de la loi de 1921 qui, *« dans l'intérêt de l'hygiène et de la santé publique »*, interdit le trafic et la détention de stupéfiants. Cette loi sera peu mobilisée jusqu'aux années soixante et septante, moment où l'on observe une hausse de consommation de substances illégales, entre autres le cannabis, et où les drogues sont associées à la contre-culture dans un contexte de luttes sociales. Malgré les limites et effets néfastes de l'approche prohibitionniste en termes de santé publique et de droits humains, celle-ci demeure aujourd'hui la toile de fond des politiques « drogues » de notre pays.

2. ALEXANDRE S., FAUTRÉ S., La loi Drogues a bientôt 100 ans, il est temps de la changer !, *Drogues. Santé. Prévention* n° 86, juillet 2019 : https://prospective-jeunesse.be/articles/la-loi-drogues-a-bientot-100-ans-il-est-temps-de-la-changer/ ; GUILLAIN C., De la médicalisation à la criminalisation, *Santé conjuguée* n° 106, mars 2024 : https://www.maisonmedicale.org/de-la-demedicalisation-a-la-criminalisation/

1948

La prévention selon l'OMS

L'OMS définit la prévention comme *« l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps »*. On distinguera la prévention primaire, visant à diminuer les nouveaux cas d'une maladie et à réduire les risques de son apparition, de la prévention secondaire, qui cherche à circonscrire une maladie dès son apparition, et de la prévention tertiaire, qui tend à réduire les complications et risques de rechute consécutifs à une maladie. En 1982, le médecin américain R.S. Gordon proposera une autre classification de la prévention, basée sur la population plutôt que sur les stades de la maladie. Tandis que la prévention universelle se destine à l'ensemble de la population, la prévention sélective vise des sous-groupes exposés à des risques spécifiques et la prévention ciblée (ou indiquée) s'adresse aux personnes montrant des signes précoces ou à haut risque.

Années 1970

Le secteur « assuétudes » se structure[3]

Les premières structures d'aide, de soin et de prévention en matière de drogues voient le jour dans le sillage de mai 68. Des traitements de substitution à la méthadone sont délivrés à petite échelle à des personnes usagères d'héroïne dans une optique de traitement et de réduction des risques, et en dehors de tout cadre légal. Des médecins seront poursuivis pour ces prescriptions jusqu'à la Conférence de consensus en 1994 et il faudra attendre 2002 pour l'adoption d'un cadre juridique officiel. De leur côté, les associations de prévention se développent et se professionnalisent, d'abord autour des problématiques rencontrées par les jeunes.

3. PELC I. (dir.), Les prises en charge par traitements de substitution en Belgique. Développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et des patients. Rapport final 1^e phase, ULB, KUL, 2003 : https://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub_ostc/drug/rdr01_2.pdf ;
Accompagnement des patients en traitement de substitution aux opiacés. Bonnes pratiques en officine, Centre de Développement Scientifique des Pharmaciens (CDSP), s.d. : https://fedabxl.be/site/wp-content/uploads/2016/12/Bonnes-pratiques-Traitement-substitution-aux-opiaces.pdf

1980

Premières réglementations de la publicité liée au tabac[4]

Les arrêtés royaux du 5 mars 1980 puis du du 29 décembre 1982 interdisent la publicité pour le tabac à la télévision et à la radio, sous forme de films et de prospectus publicitaires, par la distribution gratuite de produits du tabac, par l'utilisation des marques sur les produits usuels, dans les périodiques pour enfants, sur les véhicules, etc. Les publicités doivent comporter la mention « Le tabac nuit à la santé ». Il faudra attendre du 10 décembre 1997 pour une interdiction plus généralisée de la publicité directe ou indirecte.

4. https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/0683/55K0683001.pdf ; https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/1980/03/14_1.pdf#Page18 ; https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/1982/12/31_1.pdf#Page30 ; https://www.ejustice.just.fgov.be//mopdf/1998/02/11_1.pdf#Page1

1986

La Charte d'Ottawa définit la promotion de la santé[5]

La charte d'Ottawa est adoptée le 21 novembre 1986 lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé. Avec ce texte, il s'agit de conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. La santé est définie comme *« la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci »*. La Charte met en évidence l'importance des déterminants sociaux (les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, façonnées par divers facteurs sociaux, économiques et politiques) et vise l'égalité en matière de santé.

5. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Ottawa, 17-20 novembre 1986 : https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf

Années
1980-1990

Campagnes par la peur

« Just Say No »[6] est une campagne lancée à la fin des années 1980 dans le cadre de la guerre contre la drogue menée par les États-Unis et son président Ronald Reagan. Ce slogan a été défendu par son épouse Nancy Reagan. En France, la campagne « La drogue, c'est de la merde »[7], conçue par le publicitaire Jacques Séguéla et le réalisateur Jean-Marie Périer, a été diffusée en 1986 à la télévision, au cinéma, à la radio et dans les espaces publics. La littérature a démontré que les campagnes de sensibilisation par la peur sont inefficaces. Aujourd'hui, des policiers continuent pourtant à se rendre dans certaines écoles en vue d'exposer les risques liés aux consommations[8].

Années
1990-2000

Le combat de la réduction des risques (RdR)[9]

À partir de la fin des années 1980, face à l'épidémie du VIH/sida qui frappe durement les personnes usagères de drogues par injection, des actions de réduction des risques sont mises en place pour permettre à des personnes qui ne veulent ou qui ne peuvent pas arrêter de consommer de se préserver des risques liés à cette consommation (infections aux virus du Sida et de l'hépatite C, mais aussi overdoses, exclusion, etc.). Prévention par les pair·es, programmes d'échange de matériel de consommation stérile, *testing* de produits en milieux festifs puis salles de consommation à moindre risque : partant du principe qu'une société sans drogues n'existe pas et que « *la prohibition contraint l'usager de drogues à la clandestinité, créant ainsi les conditions d'une consommation risquée* », les pratiques de RdR se développent et s'institutionnalisent souvent à grand-peine.

Loi du 7 mai
1999

sur les jeux de hasard[10]

En Belgique, les jeux de hasard sont interdits, sauf quand ils sont expressément autorisés. Parce qu'une interdiction absolue a conduit à une prolifération de jeux de hasard illégaux, le gouvernement opte pour une politique d'octroi de licences. Face à l'utilisation croissante des jeux vidéo et des smartphones, la commission des jeux de hasard interdira, en 2018, l'intégration des *loot boxes* (éléments intégrés dans un jeu vidéo permettant aux joueur·euses d'obtenir des items de manière apparemment arbitraire, contre paiement ou non).

Années
2000 - aujourd'hui

Vers une prévention fondée scientifiquement[11]

L'EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (aujourd'hui EUDA, pour European Union Drugs Agency), est créé en 1995 et met en avant la nécessité d'évaluer et de comparer les interventions de prévention. L'observatoire européen met en lumière les risques potentiels liés aux campagnes de prévention diffusées par les médias de masse et appuie la définition de critères, la diffusion d'outils et de bonnes pratiques pour une prévention pertinente, efficace et fondée scientifiquement. L'EMCDDA participe aussi à la création du concept de « prévention environnementale », soit les stratégies qui ne ciblent pas directement l'individu (« prévention comportementale »), mais visent à transformer l'environnement (physique, social et économique) afin de limiter l'accessibilité et les méfaits des substances.

Tentatives de réglementations de la publicité pour l'alcool et d'élaboration du « Plan Alcool »[12]

Au cours des années 2000, plusieurs tentatives d'adoption d'un « Plan Alcool » avortent sous la pression du lobbying des producteurs. En 2023, les négociations aboutiront, mais la Belgique fait figure de mauvais élève tant le plan élaboré manque d'ambition. Dès 2005, le ministre de la Santé Rudy Demotte s'efforce de réglementer les publicités en matière d'alcool. Une démarche contournée par le secteur des producteurs et distributeurs qui choisit de s'autoréguler. En résulte l'imposition sur les supports publicitaires du « slogan éducatif » « Notre savoir-faire se déguste avec sagesse ». Cette mention sera évincée en 2023 au profit du message « L'abus d'alcool nuit à la santé », plus explicite, mais qui continue à placer la responsabilité d'une consommation problématique sur les épaules des individus. Depuis mars 2026, toute publicité pour l'alcool doit désormais comporter la mention « L'alcool nuit à la santé ».

Législations en matière de tabac[13]

Au cours du temps, diverses interdictions sont progressivement édictées en matière de vente et de consommation de tabac. Parmi elles : vente interdite aux mineurs de moins de 16 ans (2004) puis aux moins de 18 ans (2019), interdictions de fumer dans certains lieux publics fermés (restaurants, bars, transports publics) et ouverts (quais de gare, plaines de jeux, etc.) ainsi que dans les lieux de travail fermés. Les interdictions visent également les produits nicotiniques tels que les cigarettes électroniques jetables (puffs, dès 2025) et les sachets de tabac (snus) ou de sels de nicotine (pouches).

6. Le message de Nancy Reagan aux jeunes : dites simplement non. ReaganFoundation : https://www.youtube.com/shorts/pOAfoxDerh0

7. La drogue, c'est de la merde, 1986. Musée des Arts Décoratifs Paris : https://www.youtube.com/watch?v=jHlEleYnwyI

8. TEYSSANDIER A., Éducation aux drogues : au revoir les mallettes, *Drogues. Santé. Prévention* n° 107, juillet 2024 : https://prospective-jeunesse.be/articles/education-aux-drogues-au-revoir-les-mallettes/

9. https://reductiondesrisques.be/

10. Loi sur les jeux de hasard du 7 mai 1999, sur https://www.gamingcommission.be/ ; WARLAND M., L'enquête : des jeunes accros aux jeux d'argent à cause de leurs jeux vidéo ?, *RTBF*, 11 avril 2025 : https://www.rtbf.be/article/l-enquete-des-jeunes-accros-aux-jeux-d-argent-a-cause-de-leurs-jeux-video-11492196

11. BURKHART G., Looking back on 25 years of monitoring prevention in Europe, sur https://www.euda.europa.eu/news/2020/looking-back-on-25-years-of-monitoring-prevention-in-europe_en ; Prévention, un état des lieux, *Drogues. Santé. Prévention* n° 110, avril-juin 2025.

12. MORMONT M., La fiction de la modération, *Santé conjuguée* n° 106, mars 2024 : https://www.maisonmedicale.org/alcool-la-fiction-de-la-moderation/ ; SZOC E., Un plan détruit avec savoir se déguste avec dégoût, *Drogues. Santé. Prévention* n° 99, juillet 2022 : https://prospective-jeunesse.be/articles/un-plan-detruit-avec-savoir-se-deguste-avec-degout/

13. Modification législative sur l'interdiction de fumer dans les lieux accessibles au public, SPF Emploi, travail et concertation sociale: https://beswic.be/fr/blog/modification-legislative-sur-linterdiction-de-fumer-dans-les-lieux-accessibles-au-public ; https://www.health.belgium.be/fr/themes/sante/votre-sante/produits-consommation-votre-sante/tabac-ce-loi

Rétrospective

Prévention des assuétudes : origines et principes fondateurs

Marinette Mormont

Philippe Bastin (ancien directeur de l'ASBL Infor-Drogues) et Martine Dal (ancienne directrice de l'ASBL Prospective Jeunesse) retracent la naissance, l'institutionnalisation et les fondements de la prévention des assuétudes en Belgique francophone.

Cela fait plusieurs années que Martine Dal et Philippe Bastin ne se sont pas vu·es. Les deux ancien·nes directrice et directeur des ASBL Prospective Jeunesse (aujourd'hui Drogues Santé Prévention) et Infor-Drogues (aujourd'hui Infor Drogues & Addictions) se retrouvent autour d'un café et de biscuits. Ensemble, ils remontent le fil du temps pour nous partager les prémisses de la prévention des assuétudes.

« Historiquement, ces histoires de drogues ont commencé dans les années 68-70. Pour le décor, c'était les contestations, les hippies, les gens qui filaient en Inde ainsi que l'arrivée du cannabis dans la rue. Auparavant, celui-ci était déjà là, mais restait cantonné dans des petits milieux très intellos », entame Philippe Bastin. Au niveau sanitaire, les institutions dédiées aux drogues - au sein desquelles on retrouvait le Comité national pour l'étude et la prévention de l'alcoolisme (devenu à la fin des années septante le Comité national pour l'étude et la prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies) et quelques centres d'aide et d'information - étaient peu nombreuses et se limitaient à la problématique de l'alcool. Quant aux pouvoirs publics, *« leur seule réponse a consisté en la répression, avec des descentes de police dans les bistrots pour embarquer les jeunes qui fumaient des joints, mais aussi certains consommateurs d'héroïne »*. Au cours des années qui ont suivi, la croyance en l'efficacité de la répression et de la sanction a persisté et a été de pair avec un silence des autorités politiques sur les questions liées aux drogues et à leurs usages problématiques.

Les premières notions se sont forgées sur la base du modèle de prévention biomédical. L'approche s'est ensuite élargie à la faveur du développement de la promotion de la santé.

« On mettait les gamins en prison, on créait de la panique chez les parents avec ce "fléau de la drogue", les médecins avaient peur de voir débarquer les "toxicos" dans leur cabinet : face à cela, une série de personnes se sont levées et se sont associées », poursuit Philippe Bastin. Comme souvent, les initiatives ont émergé de la société civile et du secteur privé associatif. Quelques centres de santé mentale se sont ouverts à ces nouvelles problématiques (le Centre Alfa à Liège, le SSM L'Espoir à Malmedy ou encore la Free Clinic à Bruxelles) et des institutions spécialisées en « toxicomanie » ont vu le jour (Infor-Drogues en 1971, Avat et Prospective Jeunesse en 1978, Nadja en 1979 et le Projet Lama en 1983), jonglant avec *« des voies officielles de reconnaissance et de subventions existantes dans divers domaines »*[1]. À Bruxelles, l'abbé Gustave Stoop (1931–2012) a été une figure majeure de ce mouvement. Engagé auprès des jeunes en difficulté, il a notamment contribué à la création de la Free Clinic, d'Infor Jeunes, de SOS Jeunes, d'Infor-Drogues et de Prospective Jeunesse.

Se serrer les coudes

Dans les années quatre-vingt, les démarches privées ont continué de fleurir, tant dans le champ du curatif que du préventif, déployant des approches pluralistes et complémentaires. En marge du Comité de concertation sur l'alcool et les autres drogues (CPAD) créé en Communauté française en 1979 afin de stimuler et coordonner les actions de prévention, s'est constitué en 1984 l'Association francophone des intervenants en toxicomanie, qui réunissait des personnes - et non des institutions – et qui a élaboré une charte sur les aspects éthiques du traitement et de la prévention[2].

La question des économies dans les soins de santé s'est posée dès le milieu des années 80. Face à la raréfaction des subsides et la compétition entre institutions qui pouvait en découler, une dynamique d'échanges et de rencontres s'est mise en place dans le secteur, favorisant la reconnaissance mutuelle et la collaboration. *« On s'est rendu compte qu'on allait voir les politiques en ordre dispersé. Autrement dit, chacun allait plaider sa cause. On a senti qu'on devait vraiment se mettre autour de la table »*, expose Philippe Bastin.

Cette dynamique de collaboration a débouché en 1986 sur la création de la Codito (Confédération des institutions pour toxicomanes) et des Fedito wallonne et bruxelloise (aujourd'hui Feda bxl)[3]. Elle s'est ensuite adjointe l'appui des syndicats : *« À partir du moment où il y a eu des délégués permanents dans les réunions, les commissions où on discutait de santé mentale, nous avons eu plus de poids »*, commente l'ancien directeur d'Infor-Drogues.

En 1992, la Concertation toxicomanies Bruxelles (CTB), commission bicommunautaire, a permis de jeter les bases d'une politique de prise en charge et de prévention plus cohérente sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale ; elle a entériné la séparation entre le volet répressif - *« une politique efficace en matière de recherche et de sanctions à l'égard des distributeurs (le "modèle répressif") »* - et le volet santé publique - *« une approche approfondie de la prévention de la toxicomanie, axée sur les jeunes (le "modèle médical") »*[4].

Principes de prévention : des concepts en évolution

« *Quand on a démarré, on n'avait aucun repère. Les universités n'étaient pas encore intéressées par ce genre de sujet. Il y avait juste quelques têtes de pipe qui essayaient de trouver des points d'appui »*, se souvient Philippe Bastin. Les premières notions se sont forgées sur la base du modèle de prévention biomédical (prévention primaire,

1. BASTIN P., Histoire de la création des centres de prévention et de traitement de la toxicomanie, 1988.
2. *Ibidem*.
3. *Ibidem*.
4. Chambre des représentants de Belgique, session ordinaire 1992-1993, 30 avril 1993 : https://www.dekamer.be/FLWB/Pdf/48/0989/48K0989001.pdf. La CTB sera plus tard reprise par la Plate-forme de concertation pour la santé mentale.

secondaire, tertiaire) issu des travaux universitaires et du Conseil de l'Europe. L'approche s'est ensuite élargie à la faveur du développement de la promotion de la santé, faisant place à une vision pluridimensionnelle et prenant en considération les aspects sociaux et collectifs.

De son côté, Martine Dal a repris la direction de Prospective Jeunesse au milieu des années 90. Cette association, accolée à SOS Jeunes, se voulait un centre d'études sur les problématiques liées à la jeunesse. *« La personne qui m'a précédée réalisait des dossiers sur les sectes, sur tout ce qui pouvait mettre en danger la jeunesse. Quand j'ai repris la coordination, la thématique qui s'imposait, c'était la prévention au niveau des consommations de drogues. Nous avons donc avancé sur ces questions. »*

Parmi les sources d'inspiration du secteur de la prévention, le psychiatre Claude Olievenstein, bien sûr, qui a diffusé le concept du triangle « drogue - individu - environnement » (trois facteurs clés qui influencent la consommation de psychotropes), et avant lui Helen Nowlis, psychologue clinicienne américaine et professeure de psychologie (Université de Rochester). Cette dernière avait publié en 1975 l'ouvrage *La drogue démythifiée*[5], démontrant l'importance de ne pas seulement s'intéresser aux produits mais de comprendre les raisons qui poussaient à leur consommation, et avait élaboré la fameuse triade ensuite reprise par Olivenstein[6].

Autre personne de référence ? Le sociologue français Alain Ehrenberg et ses apports sur les normes collectives contemporaines, et sur l'injonction à l'autonomie individuelle et à la responsabilisation des personnes. Il avait notamment dirigé l'ouvrage *Individus sous influence : drogues, alcools, médicaments psychotropes* (1991)[7], au sein duquel il questionnait la distinction floue entre drogues illégales, médicaments psychotropes et autres drogues légales, et où il abordait la consommation de produits psychotropes comme le symptôme des tensions propres aux sociétés individualistes. Au rang des personnalités inspirantes, on retrouvait également la docteure en sciences politiques spécialisée en philosophie du droit et de l'État et professeure en criminologie Line Beauchesne, auteure de nombreux articles et livres sur les politiques en matière de drogues. La psychiatre et militante Micheline Roelandt, figure emblématique du mouvement de réforme des institutions psychiatriques au début des années 70 puis présidente de la Liaison antiprohibitionniste dans les années 90, a aussi largement éclairé la vision du secteur « drogues » alors en développement.

> *« On s'est battu contre les amalgames, pour essayer d'amener du raisonnement, de l'intelligence, de la nuance. »*
> *Martine Dal*

« Notre idée, explique Martine Dal, *c'était de créer des modules de formation pour tous les intermédiaires des jeunes (mouvements de jeunesse, enseignant·es,, etc.). Ces modules se sont élaborés, ont évolué et se sont diversifiés au cours du temps. On a aussi fait du travail de terrain, ce qu'on appelait les approches communautaires. »* Une formation académique en matière de prévention des assuétudes, faisant intervenir à la fois des acteur·ices académiques et de terrain, a également été mise sur pied en collaboration avec l'Université catholique de Louvain (aujourd'hui UCLouvain), mais n'a pas subsisté plus de quelques années.

Agir contre la stigmatisation

« L'objet même de la prévention primaire pose problème. Le public assimile en général la prévention à la vaccination, se référant au modèle médical préventif. Il est attendu de la prévention d'abus de drogues le même résultat que celui qui est attendu du vaccin : l'immunité acquise contre un agent pathogène. Or le vaccin antidrogue n'existe pas. La drogue n'étant pas un virus transmissible que l'on contracte ou que l'on se transmet », relevait Philippe Bastin dans un texte sur « la prévention primaire de l'abus de drogues » dans les années 90[8]. Celle-ci devait donc s'accomplir par d'autres voies, parmi lesquelles la réduction de l'accessibilité et de la disponibilité des produits, le développement de *« l'adoption de comportements responsables en matière de santé »*, mais aussi *« l'amélioration du bien-être et des conditions de vie des populations »*.

Face aux constats selon lesquels *« les substances psychotropes existeront toujours »* et les *« sociétés occidentales actuelles sont par essence toxicomanogènes »*, pour reprendre les propos de Philippe Bastin, un autre objectif de prévention s'est dessiné : celui de lutter contre les fantasmes associés aux produits et à celles et ceux qui les consomment. Celui de lutter, aussi, contre l'idée préconçue de l'efficacité de la réponse répressive et de la prévention par la peur. Des fantasmes qui s'appuyaient – et s'appuient toujours - sur une approche juridico-morale provoquant la stigmatisation des personnes usagères de substances psychoactives.

« Dans toutes les institutions, on a beaucoup lutté contre la peur, contre l'exploitation des nouvelles à sensations dans les médias, abonde Martine Dal. *À l'époque, quand une revue publiait un article sur les jeunes qui fumaient des joints, elle plaçait en illustration un gars avec une seringue dans le bras. On s'est battu contre les amalgames, pour essayer d'amener du raisonnement, de l'intelligence, de la nuance. »* Un travail de sensibilisation des médias et du grand public aujourd'hui loin d'être terminé.

5. NOWLIS H., *La drogue démythifiée*, UNESCO, Paris, 1975, 95 pages.

6. BASTIN P., Un autre regard sur le dopage, *Éducation Santé*, novembre 2001 : https://educationsante.be/un-autre-regard-sur-le-dopage/

7. EHRENBERG A., dir. *Individus sous influence : drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Paris, Éd. Esprit, coll. Société.

8. BASTIN P., La prévention primaire de l'abus de drogues (légales et illégales). Problèmes actuels et priorités, 1993 ?.

Rétrospective

Réduction des risques : un combat pour les droits à la santé, à la dignité et à la citoyenneté

Catherine Van Huyck, directrice de l'ASBL Modus Vivendi depuis 1993.

Propos recueillis par Marinette Mormont.

Trouvant ses origines dans la lutte contre l'épidémie du VIH/sida, la réduction des risques s'est développée à contre-courant du contexte prohibitionniste. Le point sur son histoire et les enjeux actuels avec Catherine Van Huyck, directrice de l'ASBL Modus Vivendi.

Quelles ont été les premières initiatives de réduction des risques (RdR) en Belgique francophone ?

Dans un premier temps, il y a eu toute la spécificité de la prescription de la méthadone dès les années 70 par des psychiatres et médecins généralistes, et sa criminalisation. Des médecins comme Jacques Baudour se sont retrouvés en prison[1], poursuivis pour « entretien de la toxicomanie », et cela a duré jusqu'à la Conférence de consensus en 1994[2].

Ensuite, avec la survenue de l'épidémie du sida dans les années 80, on s'est rendu compte qu'il existait tout un public qui ne voulait ou ne pouvait pas arrêter de consommer et qui n'était en contact ni avec les centres d'aide et de soins, ni avec les médecins. Ces personnes étaient en train de mourir. Il fallait que la prévention suive le même chemin que le virus. Les opérations « boules de neige » ont donc été lancées en 1989. À l'époque, il y avait ce qu'on appelait le CCAD, le Comité de concertation sur l'alcool et les autres drogues en Communauté française (la prévention n'était pas encore régionalisée). Dans cette structure, une petite division HIV a décidé d'initier ce projet. L'objectif, c'était d'aller au contact, de recruter et former des usager·ères, et de faire passer le message de prévention de pair·e en pair·e. Ces opérations ont commencé à Bruxelles, Charleroi, Liège, Namur.

Très vite ont émergé des difficultés à fonctionner dans ce gros mammouth qu'était le CCAD. L'Agence de prévention du sida a vu le jour et des publics prioritaires ont été identifiés (les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, celles qui utilisaient des drogues par injection, les prostituées, les gays et les jeunes). L'idée, c'était qu'il fallait un organisme pour s'occuper de chaque public. C'est à ce moment que les ASBL Ex Aequo et Modus Vivendi ont été créées en 1993.

1. Lire CLÉDA É., Trente années de soins aux usagers de drogues et aux toxicomanes, interview de Serge ZOMBEK, *Les Cahiers de Prospective Jeunesse* n° *41*, 4e trimestre 2006 : https://prospective-jeunesse.be/wp-content/uploads/2020/04/CPJ-41-CAHIER-ENTIER1.pdf ; SAAL C., Méthadone : mémoires d'une désobéissance médicale. Une interview du Dr Claire Remy, *Drogues. Santé. Prévention* n°83, octobre 2018 : https://prospective-jeunesse.be/articles/methadone-memoires-dune-desobeissance-medicale/

2. Organisée le 8 octobre 1994 par le ministre de la Santé publique et de l'Environnement J. Santkin afin de déterminer les lignes de force de la politique concernant les traitements de substitution, et en particulier le traitement à la méthadone, la Conférence de consensus déclare que la méthadone est un traitement efficace dans le traitement de la dépendance à l'héroïne.

Depuis le début, la réduction des risques s'est ancrée dans la promotion de la santé et dans ses valeurs.

Quelles ont été les suites ?

On a vite vu les limites du projet « boule de neige » : c'était très compliqué de trouver une seringue en pharmacie. Beaucoup de pharmacien·nes exigeaient des prescriptions, en conséquence de quoi les seringues étaient surutilisées. Et puis il ne s'agissait pas que des seringues, mais de l'ensemble du matériel. On s'est donc dit : il faut faire des kits. Les premiers échanges de matériel se sont déroulés à Liège, d'abord dans les pharmacies. Au début, nous réalisions les kits (Sterifix) manuellement et envoyions des jobistes (usager·ères ou ex-usager·ères rémunéré·es pour valoriser leur expertise, NDLR) faire le tour des pharmacies pour sensibiliser à leur importance. Par la suite, nous avons négocié avec l'Association pharmaceutique belge (APB), qui nous a aidés en vue de faciliter la distribution.

À Bruxelles, le premier comptoir d'échange a été ouvert par un collectif d'usager·ères de manière illégale à côté du Fuse. Aujourd'hui, il y en a une trentaine en Wallonie et à Bruxelles, avec des points d'accès différents, que soient les maraudes, les lieux fixes, les bus.

Quel était le contexte de l'époque ?

Le port de la seringue était criminalisé. Je me rappelle d'un jobiste qui avait été arrêté dans le train Liège-Maastricht. On lui avait fait une prise de sang et puisque de la drogue y a été détectée, on a considéré que c'était du trafic international. Il a été mis en prison. Il y avait des trucs assez délirants. On a dû faire tout un travail avec les policier·ères pour les inciter à ne pas confisquer le matériel neuf et, en cas de matériel usagé, à encourager les personnes à aller chercher du matériel neuf dans le comptoir d'échange.

Comment avez-vous été amené·es à vous adresser aux usager·ères des milieux festifs ?

À l'époque, pour tout le monde, il fallait s'occuper d'héroïne et de cannabis. Mais des personnes commençaient à consommer en milieu festif et, pour certaines d'entre elles, ces consommations posaient problème. Or, elles ne se reconnaissaient pas dans les centres pour les usager·ères de substances. En 1995, nous avons réalisé une recherche-action dont il est ressorti le besoin d'élaborer un dispositif complet : il s'agissait d'informer sur les produits, mais aussi que les lieux soient sécurisés et adaptés à la RdR. Nous avons créé des équipes mobiles pour des actions ponctuelles dans les grands festivals et nous avons travaillé avec les lieux festifs afin qu'ils sécurisent leur cadre. Une charte de bien-être festif a été élaborée, qui est devenue le label « Quality nights », avec pour objectif de donner accès à de l'eau gratuite et à des préservatifs, ainsi que de former le personnel de ces lieux.

Nous avons ensuite mis en place le *testing* de produits. Christine Ghislain (professeure de droit pénal, Université Saint-Louis) avait réalisé une étude concernant le cadre juridique du projet, qui n'était ni vraiment légal ni vraiment illégal. Techniquement, les travailleur·euses ne pouvaient pas être poursuivi·es pour mise à disposition d'un local pour consommer, et il n'y avait pas de consommation. Aujourd'hui, ce dispositif permet de faire des alertes précoces sur les produits et de monitorer le marché. Mais son acceptation reste aléatoire. S'il est reconnu par les Régions, nous avons besoin des autorisations des bourgmestres, des parquets, des organisateurs. Au festival Esperanza, nous avons réalisé du *testing* pendant des années. Depuis deux ans, un nouveau bourgmestre est en place : on ne peut plus.

Et puis il y a eu cette longue bataille pour les salles de consommation…

Le premier colloque sur le sujet s'est déroulé en 1996. Le projet de délivrance contrôlée d'héroïne (traitement assisté par diacétylmorphine), Tadam, a été mis sur pied à Liège entre 2011 et 2013. Il a duré le temps du projet pilote puis a été mis à l'arrêt, avec des conséquences très dures pour les usager·ères qui y participaient. Ensuite, il y a eu la salle de consommation à Liège (2018), également fermée aujourd'hui. Aujourd'hui, il y en a deux à Bruxelles. Mais cela a été un accouchement au forceps. Cela fait aussi des années que l'on essaye d'implanter des bornes de distribution de matériel dans les quartiers, accessibles 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Nous cherchons des communes qui nous soutiennent. Certains comités de quartier nous appuient, d'autres non. On avait mis une borne sur notre façade, elle a été vandalisée trois fois…

Comment résumer les spécificités de l'intervention en RdR ?

Depuis le début, la réduction des risques s'est ancrée dans la promotion de la santé et dans ses valeurs : la prise en compte des déterminants de la santé, l'importance des milieux de vie et de l'aller vers (*outreach*), et la participation. Cette dernière est dans l'ADN de la RdR. Il ne s'agit pas de « faire pour », mais de « faire avec ». C'est l'idée du « jobisme », de ce qu'on appelle aujourd'hui les expert·es du vécu. L'expertise des professionnel·les ne vaut pas plus que celle des usager·ères, c'est la somme des deux qui est intéressante. Je regrette vraiment qu'il n'y ait plus aujourd'hui de groupes d'auto-support en Belgique. Il y en a eu un premier en 1993, le CCLA (Citoyens comme les autres), dont les membres étaient des usager·ères de drogues par injection. Puis il y a eu Asud Belgique, le CUDLI (Commission des usagers des drogues licites et illicites) et tous les « collectifs cannabis », qui ont disparu. Enfin, un autre principe fondamental, c'est le non-jugement. Une grande partie du travail de la RdR, c'est de casser les stigmates et *a priori*.

Quelles sont les limites de la RdR dans un contexte de prohibition[3] ?

On a un peu l'impression que c'est un pansement. La RdR ne doit pas être le couvercle sur la casserole, nous devons revendiquer clairement une légalisation régulée par l'État de tous les produits. Réguler, cela ne veut pas dire donner un libre accès. Cela ne veut pas dire non plus qu'il n'y aura plus de risques. Cela veut dire que l'on pourra enfin travailler. Le cadre juridique et législatif actuel est un exhausteur de risques. Des risques, il y en a de tous types : sanitaires, sociaux, d'exclusion, juridiques. Parmi eux, les discours sur les usager·ères, qui produisent autant de risques que les consommations elles-mêmes.

Aujourd'hui, la RdR est reconnue mais insuffisamment financée…

La RdR est reconnue comme un pilier des politiques drogues. On a dû se battre pendant très longtemps pour cela. Le problème, c'est qu'elle est parfois perçue comme de la prévention tertiaire : elle s'adresserait aux personnes pour lesquelles il n'y a plus d'espoir. Ce serait du palliatif, en quelque sorte. Or elle doit être présente à tous les niveaux. En revanche, ce qui est intéressant, c'est que ce concept s'est diffusé au sein de structures dont ce n'était pas l'objet principal. Des centres thérapeutiques ont incorporé la RdR dans leurs pratiques. Cette notion s'est aussi étendue à d'autres domaines comme la vie sexuelle. Quant aux financements : autour de 1 % des budgets des politiques drogues est consacré à la prévention, entre 0,2 et 0,3 % à la réduction des risques[4]. C'est dérisoire et c'est pourtant là où il devrait y avoir le plus d'argent…

Quels sont les nouveaux défis de la RdR ?

En termes de nouveaux enjeux, il y a le chemsex[5], ainsi que l'usage de kétamine qui devient préoccupant[6]. On voit beaucoup de consommateur·ices, qui commencent par une consommation festive, mais pour lesquel·les on constate l'apparition de gros problèmes de santé car c'est un produit dont la tolérance est importante.

Par ailleurs, il y a des populations que l'on ne connaît pas suffisamment, comme les jeunes des quartiers populaires. Si je prends l'exemple du protoxyde d'azote, on voit les bonbonnes partout. Mais il n'existe aucune étude sur les publics qui les consomment. Cela vaudrait la peine d'aller voir. Auparavant, on avait la possibilité de réaliser des recherches-action, d'explorer des problématiques, de rencontrer des publics que l'on ne connaissait pas de manière participative et en utilisant l'anthropologie. On a monté beaucoup de projets de cette manière. Aujourd'hui, dans le cadre de nos subsides, nous n'avons plus cette possibilité de prendre le temps de chercher.

Toujours au niveau des publics moins touchés, il y a la question du genre à laquelle nous devons nous atteler. Quand on fait du *testing* de produits en milieu festif, on touche davantage un public jeune et féminin (50 % de femmes) que dans nos lieux fixes (25 %). Les femmes ont plus de difficultés d'accès aux services. Un domaine qui commence aussi à être étudié par certains services de RdR au niveau européen, c'est la prise d'hormones par les personnes en transition, qui utilisent des produits non légaux achetés sur internet, dont on connaît mal la composition et qui peuvent avoir des interactions avec d'autres produits. Cela devrait être développé.

Un commentaire sur les évolutions politiques actuelles ?

On ne se pose toujours pas cette question fondamentale : pourquoi les personnes consomment-elles dans un environnement de plus en plus axé sur la performance ? La responsabilité est globale, sociétale. Or aujourd'hui, toute la responsabilité est mise sur les épaules de l'individu. C'est le même constat dans bien d'autres domaines, comme la malbouffe. On le voit avec la crise du crack, hypermédiatisée : on a musclé les discours sécuritaires alors que nous nous trouvons face à un public en grande pauvreté. On observe un recul dans les discours tenus sur les usager·ères. « *Les usagers ont du sang sur les mains* »[7] : même il y a trente ans, on ne parlait pas comme ça…

Les discours sur les usager·ères produisent autant de risques que les consommations elles-mêmes.

3. Lire VAN HUYCK C., RDR et prohibition : quel sens donner à l'action ?, *Drogues. Santé. Prévention* n° 79, novembre 2017 : https://prospective-jeunesse.be/articles/rdr-et-prohibition-quel-sens-donner-a-laction/

4. Données 2024 de la Cellule générale de politique drogues. Source : Bulletin législatif et politique 2024. L'usage de drogues et ses conséquences sociosanitaires en Wallonie, Eurotox, juin 2024 : https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Bulletin-leegislatif-Wallonie_2tma.pdf

5. Pour en savoir plus : FERRARA M., Chemsex : Comment accompagner le public en demande d'aide, *Drogues. Santé. Prévention* n°107, juillet 2024 ; et Podcast Drugs and the City : Episode 4 – ChemSex and the city, mai 2025 : https://prospective-jeunesse.be/poscasts/chemsex-and-the-city/

6. Lire notamment le dernier rapport de l'European Union Drugs Agency (EUDA) sur le marché de la kétamine en Europe sur https://www.euda.europa.eu/publications/joint-publications/ketamine-europe_en

7. Déclaration du président du MR, Georges-Louis Bouchez.

En chiffres et en graphiques

Michaël Hogge, Eurotox

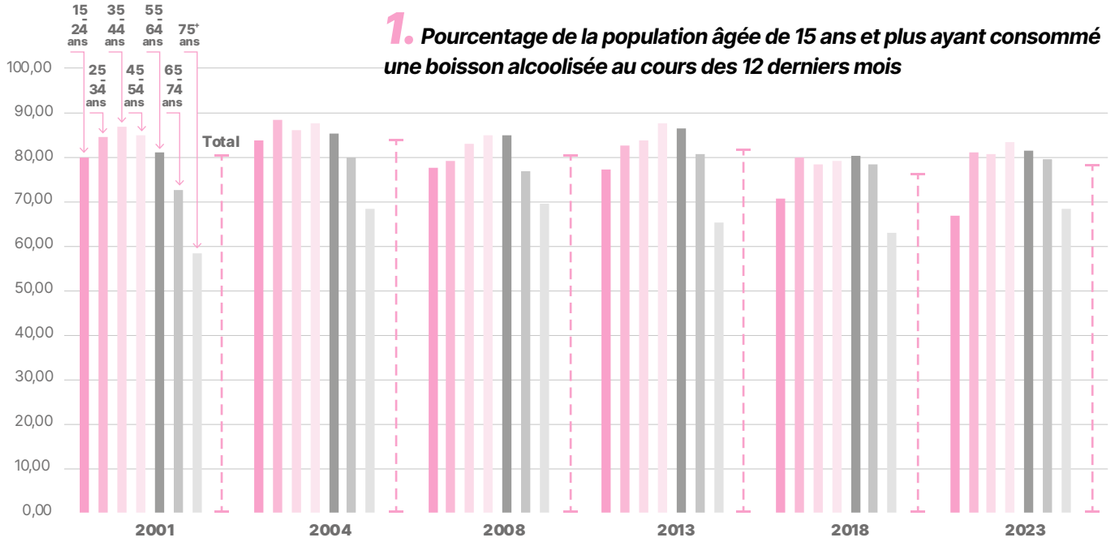
Evolution des consommations d'alcool, de cannabis et d'autres drogues au cours des dernières décennies

Ces données proviennent de la 7ème enquête nationale de santé par interview (Health Interview Survey – HIS) réalisée en 2023-24 par Sciensano[1]. Cette enquête, menée tous les 4-5 ans depuis 1997, contribue à la politique de santé publique en permettant d'obtenir une image globale de l'état de santé général de la population et des comportements qui l'influencent. L'enquête de santé s'adresse à toutes les personnes résidant dans le pays, sans restrictions en termes de nationalité, d'âge ou de statut légal. Les informations recueillies couvrent un large éventail de thématiques (alimentation, activité physique, santé mentale, santé bucco-dentaire, etc). Les données socio-démographiques ont été collectées via une interview orale menée en face-à-face, tandis que les données relatives à l'alcool et aux drogues, plus sensibles, ont quant à elles été recueillies via un questionnaire auto-administré.

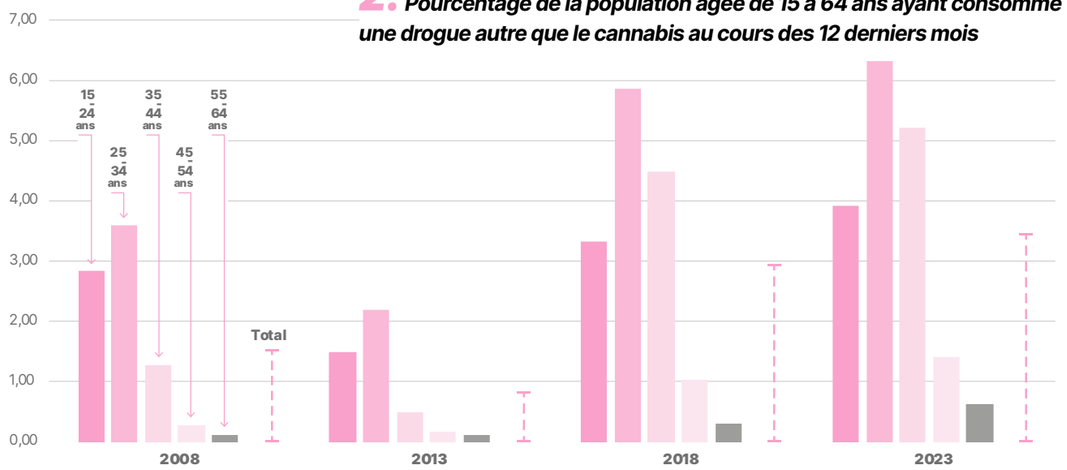
En matière de consommation, l'enquête HIS fournit des données essentielles pour suivre les tendances et orienter les politiques de santé publique. Elle présente toutefois certaines limites. Les principales concernent les biais de sélection liés au caractère volontaire de la participation (44,7 % de refus en 2023-2024)[2] et la non-représentation de certaines populations, notamment les personnes précarisées, incarcérées, institutionnalisées (hors maisons de repos) ou en séjour irrégulier. Des biais de déclaration peuvent également survenir, avec une sous-estimation des consommations liée à la désirabilité sociale et un manque de précision lié aux biais de mémoire. Malgré ces limites, l'enquête HIS demeure un outil précieux pour suivre l'évolution des comportements de consommation et identifier les groupes les plus à risque.

1. Pour plus d'informations : https://www.sciensano.be/fr/resultats-de-lenquete-de-sante-2023-2024

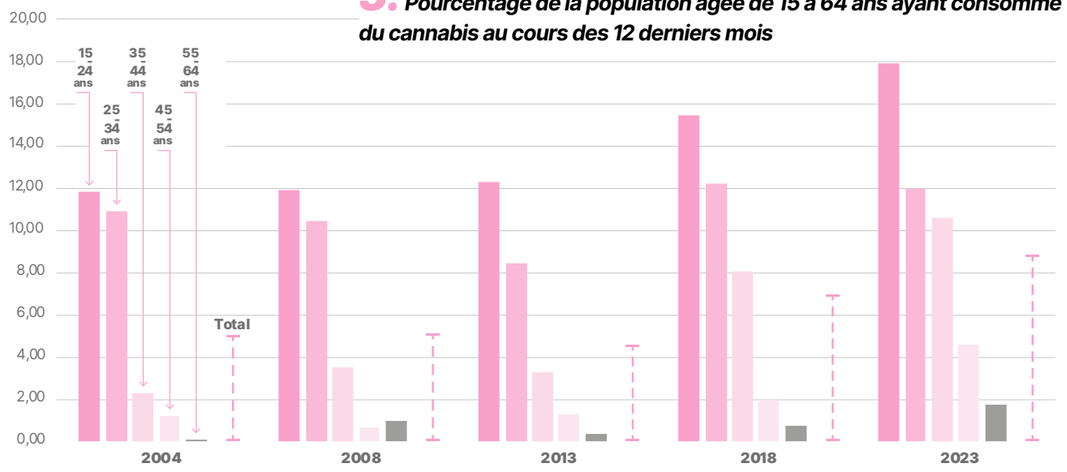
2. Les personnes qui choisissent de répondre peuvent avoir des comportements de consommation différents de celles qui refusent.



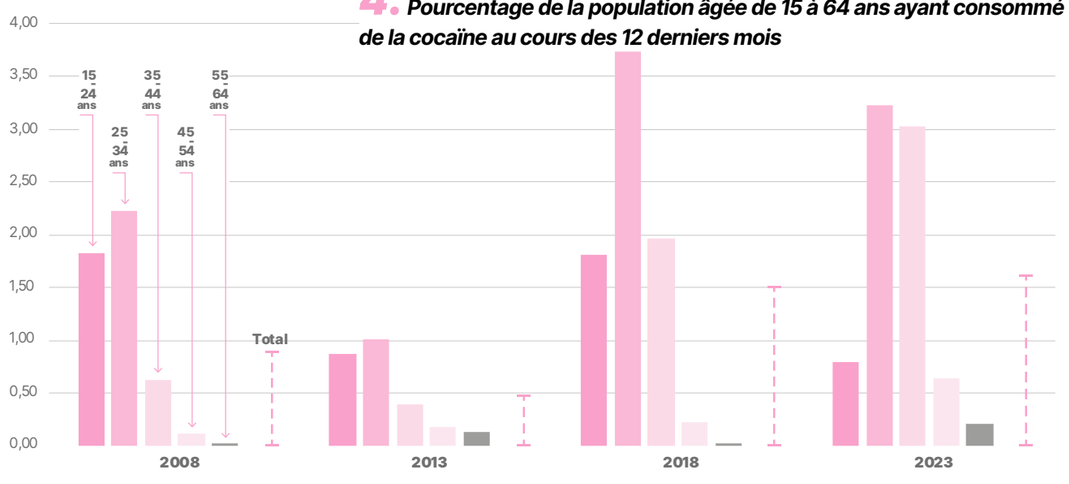
1. ***Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus ayant consommé une boisson alcoolisée au cours des 12 derniers mois***



2. ***Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans ayant consommé une drogue autre que le cannabis au cours des 12 derniers mois***



3. ***Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois***



4. ***Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans ayant consommé de la cocaïne au cours des 12 derniers mois***

La prévention environnementale des usages de substances

Gregor Burkhart, Analyste scientifique principal - prévention à l'European Union Drugs Agency (retraité) - www.EUDA.europa.eu ; et ex-président de l'European Society for Prevention Research (www.euspr.org)



La prévention des usages de substances s'est longtemps appuyée sur des interventions centrées sur l'individu, fondées sur un modèle de choix rationnel de type *homo oeconomicus* ; or, l'information et le développement des compétences se sont révélés insuffisants pour modifier durablement les comportements[1]. La prévention environnementale agit au contraire sur les contextes physiques, sociaux et normatifs dans lesquels les comportements se forment. S'appuyant sur la psychologie environnementale et l'économie comportementale, elle façonne les espaces physiques, les normes sociales et les structures d'opportunités afin de réduire l'exposition aux déclencheurs et de rendre les choix sains plus faciles[2].

1. L'émergence de la prévention des usages de substances en Europe : un bref historique

La prévention désigne ici les interventions conçues pour prévenir ou retarder l'initiation, réduire l'escalade et limiter les dommages plus larges ; elle recouvre les approches universelles, sélectives, indiquées (ou ciblées) et environnementales. Durant les années 1970 et 1980, elle a pris la forme de campagnes d'information scolaires souvent dramatisantes, en réponse à la vague de consommation de cannabis chez les jeunes et aux épidémies d'héroïne qui ont suivi. L'OEDT (EMCDDA), opérationnel depuis Lisbonne en 1995 et devenu aujourd'hui l'Agence de l'Union européenne sur les drogues (2024), a mis en place un dispositif de surveillance à l'échelle du continent, même si son mandat exclut encore l'alcool, le tabac et les addictions comportementales. Des structures dédiées, fondées sur la science, ont émergé plus tard : EUSPR (European Society for Prevention Research, 2010), les Standards européens de qualité en prévention des drogues[3], et le Curriculum européen de prévention universelle[4], qui repose sur les Standards internationaux de l'UNODC/OMS (2013, 2018). Cette trajectoire a été dominée par les piliers développementaux ; le pilier environnemental n'a été reconnu comme l'une des quatre modalités de prévention que dans la Stratégie antidrogue de l'UE 2021-2025, et il reste absent de la plupart des documents de consensus des Nations unies, malgré le niveau de preuve élevé des politiques correspondantes en matière d'alcool et de tabac.

2. Critiques du modèle de prévention conventionnel

Les modèles informationnels et développementaux traditionnels cherchent à modifier le comportement par le savoir et les compétences, en présupposant que l'usage de substances découle de déficits d'information, de compétences, d'aptitudes ou de motivation. Les données empiriques remettent cela en question sur trois plans. Premièrement, le lien entre connaissances et comportement est faible : l'« écart attitude-comportement » montre que des personnes bien informées persistent souvent dans des comportements nocifs sous l'effet de pressions contextuelles, émotionnelles et sociales[5]. Deuxièmement, le modèle sous-estime l'environnement : les choix sont médiatisés par les opportunités structurelles, l'accessibilité, les normes implicites et les renforçateurs immédiats[6], et la densité des points de vente prédit la consommation d'alcool indépendamment des attitudes[7]. Troisièmement, en plaçant la responsabilité sur l'individu, il peut renforcer les inégalités, stigmatisant celles et ceux qui ne parviennent pas à changer tout en ignorant la répartition inégale des ressources cognitives et matérielles[8]. Ces critiques justifient l'approche plus structurelle et plus équitable développée ci-dessous.

1. FOXCROFT D. R., & TSERTSVADZE A. (2011). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009113 ; UNODC. (2013). International standards on drug use prevention.

2. THALER R. H., & SUNSTEIN C. R. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness* (2nd ed.). Yale University Press.

3. BROTHERHOOD A., SUMNALL H., & EMCDDA Best Practice Portal team. (2013). European drug prevention quality standards: A manual for prevention professionals. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

4. BROTHERHOOD A., & NOBRE-SANDOVAL L. d. A. (2025). How is the European Prevention Curriculum (EUPC) implemented in practice and what lessons have we learnt so far? Introduction to the Special Issue. *Journal of Prevention*, 46, 667–675. https://doi.org/10.1007/s10935-025-00877-4

5. MARTEAU T. M., OGILVIE D., ROLAND M., SUHRCKE M., & KELLY M. P. (2011). Judging nudging: Can nudging improve population health? *BMJ*, 342, 263–265. https://doi.org/10.1136/bmj.d228

6. SALLIS J. F., & OWEN N. (2015). Ecological models of health behavior. In *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed., pp. 43–64). Jossey-Bass/Wiley.

7. BRYDEN A., ROBERTS B., PETTICREW M., & McKEE M. (2013). A systematic review of the influence of community-level social factors on alcohol use. *Health & Place*. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.01.012

8. FOXCROFT D. R., HOWCUTT S. J., MATLEY F., TAYLOR BUNCE L., & DAVIES E. L. (2022). Testing socioeconomic status and family socialization hypotheses of alcohol use in young people: A causal mediation analysis. *Journal of Adolescence*, 94(2), 240–252. https://doi.org/10.1002/jad.12023

Les stratégies environnementales importent le plus dans les « environnements intoxicants », où prolifèrent les signaux et les déclencheurs.

3. Fondements théoriques de la prévention environnementale

La prévention environnementale puise dans plusieurs traditions : la psychologie environnementale, qui montre comment l'aménagement urbain, la densité et l'accessibilité influent sur les perceptions de sécurité et la prise de risque[9] ; l'économie comportementale et le concept de *nudge*, où de petites modifications de l'architecture des choix réorientent les décisions sans restreindre la liberté[10] ; la théorie des systèmes écologiques de Bronfenbrenner (1979)[11], qui inscrit le comportement dans des niveaux de contexte emboîtés ; ainsi que la théorie socio-spatiale[12], la théorie de la cognition incarnée du désir[13] et la sociologie de la consommation[14], qui traitent la consommation comme une pratique sociale liée à l'appartenance, à l'identité et au pouvoir. Ensemble, ces approches justifient d'agir sur les contextes physiques, économiques et normatifs dans lesquels les décisions sont prises, en particulier lorsque celles-ci sont guidées par l'impulsion ou l'habitude plutôt que par la délibération.

Les principales caractéristiques distinctives de la prévention environnementale sont les suivantes :

- Modifier le contexte (physique, économique, social, normatif, etc.) du comportement humain plutôt que se concentrer principalement sur le contrôle du comportement. Exemple : changer la taille et la forme des portions, ou les possibilités d'achat, au lieu de lancer des appels à la consommation modérée.
- Rendre les comportements sains plus faciles ou plus attrayants que les comportements nocifs. Exemple : des entreprises offrent des bons pour l'achat de vélos et facturent l'usage des places de parking d'entreprise.
- Induire un changement de normes, de valeurs et d'attitudes sociales — souvent comme effet secondaire. Exemple : les interdictions de fumer ont profondément transformé l'acceptation sociale du tabac en général, y compris parmi ceux qui s'y étaient d'abord opposés[15].

Les stratégies environnementales importent le plus dans les « environnements intoxicants » — vie nocturne, réseaux sociaux, zones de forte densité de points de vente d'alcool, de cannabis ou de jeux d'argent — où prolifèrent les signaux et les déclencheurs.

4. Applications pratiques de la prévention environnementale

La prévention environnementale se traduit par des interventions concrètes que l'on peut classer selon le type d'environnement qu'elles visent : physique, normatif ou économique. García-Pérez et al. (2025)[16] en ont récemment passé en revue les données probantes.

Dans l'environnement physique, les contrôles sur les points de vente, les horaires de commercialisation et le zonage urbain sont bien établis : la densité des points de vente est fortement corrélée à la consommation problématique[17]. Le réaménagement des espaces publics — éclairage, équipements sportifs et culturels — renforce la surveillance naturelle et les facteurs de protection[18]. Les modifications micro-environnementales sont prometteuses mais sous-utilisées : des verres hauts et étroits réduisent la consommation d'alcool jusqu'à 20 %, et dissimuler les présentoirs de tabac réduit l'initiation chez les jeunes.

Sur le plan normatif, la régulation de la publicité, les zones sans tabac et les lois sur l'âge minimum signalent une désapprobation et remodèlent les normes collectives (OMS, 2010). Relever l'âge minimum de consommation d'alcool de 16 à 18 ans en Espagne a réduit de 21 % la consommation des mineurs ; limiter les heures de vente, augmenter le coût des licences de tabac et réduire la disponibilité des machines à sous réduisent les dommages, et les zones sans tabac diminuent la prévalence du tabagisme d'environ 10 %.

Dans l'environnement économique, le prix unitaire minimum réduit la consommation excessive, en particulier chez les groupes vulnérables[19], et les différentiels de prix entre boissons alcoolisées et non alcoolisées (le jus d'orange coûte souvent plus cher que la bière) favorisent la substitution. Des taxes plus élevées sur l'alcool et le tabac réduisent toutes deux la consommation (réductions d'environ 10 %) et génèrent des ressources réinvestissables dans la prévention[20]. De telles mesures fonctionnent à l'échelle nationale, locale, scolaire ou de quartier, combinant changement structurel et participation communautaire.

Variations culturelles et régionales en Europe

L'Europe n'est pas culturellement uniforme, et la traiter comme un espace réglementaire unique fausse à la fois les obstacles et les opportunités. La typologie « humide/sec » (*wet/dry*)[21] oppose les cultures viticoles du Sud — faible abstinence, alcool intégré aux repas, contrôle informel — aux cultures « sèches » nordiques et de l'Est, caractérisées par une abstinence plus élevée, une ivresse épisodique et un fort contrôle formel. Une analyse en grappes portant sur 2000-2019 a identifié six grappes stables, la grappe des spiritueux d'Europe de l'Est affichant une mortalité attribuable à l'alcool d'environ 90 décès pour 100 000 habitants supérieure à celle des pays viticoles[22]. Un gradient de restrictivité parallèle s'observe : le fardeau de morbidité nordique était plus faible là où les politiques étaient plus restrictives[23], et les succès classiques (monopoles nordiques, prix unitaire minimum écossais de 2018, interdiction de fumer en Irlande en 2004, loi Évin française de 1991) se concentrent dans le pôle restrictif, tandis que des mesures similaires rencontrent ailleurs une résistance politique et culturelle. Il n'existe donc pas de prescription européenne unique, et les cadrages de l'industrie évoquant un « paternalisme nordique » relèvent de manœuvres politiques, non de constats empiriques. Les cultures de consommation convergent néanmoins lentement, à mesure que les jeunes cohortes du Sud adoptent la bière et les spiritueux via les canaux en ligne et les influenceur·euses[24].

La prévention environnementale dans les environnements numériques

Une grande partie de l'exposition aux signaux liés aux substances, au marketing et à l'offre se produit désormais dans des environnements numériques : réseaux sociaux, applications de messagerie, commerce électronique et canaux chiffrés pour l'approvisionnement illégal. L'exposition des adolescent·es aux contenus liés à l'alcool sur les réseaux sociaux est répandue et associée de manière prospective aux attentes, à la disposition à boire et à la consommation, indépendamment des normes des pair·es hors ligne[25]. La publicité a migré vers les canaux numériques, complétée par le marketing d'influence et l'amplification algorithmique[26], tandis que le cannabis, les nouvelles substances psychoactives, les cannabinoïdes semi-légaux, les sachets de nicotine et les vapoteuses jetables circulent par des canaux du *clear-net* et chiffrés.

L'agenda numérique comporte quatre volets : les règles de publicité sur les plateformes (directive SMA/AVMSD, règlement sur les services numériques, projet de règlement sur l'équité numérique) ; les garanties d'âge et les paramètres par défaut de conception qui rétrogradent plutôt qu'amplifient ces contenus pour les mineurs ; une réglementation harmonisée du commerce de détail transfrontalier, incluant le blocage des systèmes de paiement ; et la transparence par les bibliothèques publicitaires et l'accès des chercheur·euses au titre de l'article 40 du DSA. Aucun de ces volets ne cible l'utilisateur·rice ; tous agissent sur les plateformes, les annonceurs, les intermédiaires et les détaillants. Le smartphone d'un enfant est désormais aussi un point de vente et d'exposition, et il fait partie des environnements que la prévention doit prendre en charge.

Les interventions environnementales peuvent améliorer l'équité, alors que les approches exigeant une plus grande agentivité personnelle favorisent les personnes disposant de davantage de ressources cognitives et d'autogestion.

9. GIFFORD R., STEG L., & RESER J. P. (2011). Environmental psychology. In *IAAP handbook of applied psychology* (pp. 440–470). Wiley Blackwell. https://doi.org/10.1002/9781444395150.ch18

10. THALER R. H., & SUNSTEIN C. R. (2008), *Op. cit*.

11. BRONFENBRENNER U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

12. BROTHERHOOD, 2022.

13. PAPIES E. K., BARSALOU L. W., & RUSZ D. (2020). Understanding desire for food and drink: A grounded-cognition approach. Current Directions in *Psychological Science*, 29(2), 193–198. https://doi.org/10.1177/0963721420904958 ; PAPIES E. K., BARSALOU L. W (2015). Grounding desire and motivated behavior: A theoretical framework and review of empirical evidence. In *The psychology of desire* (pp. 36–60). The Guilford Press.

14. DUFF C. (2007). Towards a theory of drug use contexts: Space, embodiment and practice. *Addiction Research and Theory*, 15(5), 503–519. https://doi.org/10.1080/16066350601165448

15. THRASHER J. F., BOADO M., SEBRIÉ E. M., & BIANCO E. (2009). Smoke-free policies and the social acceptability of smoking in Uruguay and Mexico: Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Project. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(6), 591–599.

16. GARCÍA PÉREZ Á., GONZÁLEZ-ROZ A., & BURKHART G. (2025). Environmental prevention of addictive behaviors. *Papeles del Psicólogo*, 46(2), 108–117. https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2025.46.14

17. POPOVA S., GIESBRECHT N., BEKMURADOV D., & PATRA J. (2009). Hours and days of sale and density of alcohol outlets: Impacts on alcohol consumption and damage — A systematic review. *Alcohol and Alcoholism*, 44(5), 500–516. https://doi.org/10.1093/alcalc/agp054

18. BRANAS C. C., SOUTH E., KONDO M. C., HOHL B. C., BOUGOIS P., WIEBE D. J., & MacDONALD, J. M. (2018). Citywide cluster randomized trial to restore blighted vacant land and its effects on violence, crime, and fear. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115(12), 2946–2951. https://doi.org/10.1073/pnas.1718503115 ; CHALFIN A., HANSEN B., LERNER J., & PARKER L. (2021). Reducing crime through environmental design: Evidence from a randomized experiment of street lighting in New York City. *Journal of Quantitative Criminology*, 38(1), 127–157. https://doi.org/10.1007/s10940-020-09490-6

19. HOLMES J., MENG Y., MEIER P. S., BRENNAN A., ANGUS C., CAMPBELL-BURTON A., GUO Y., HILL-McMANUS D., & PURSHOUSE R. C. (2014). Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: A modelling study. *The Lancet*, 383(9929), 1655–1664. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62417-4

20. CHALOUPA F. J., STRAIF, K., & LEON M. E. (2011). Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. *Tobacco Control*, 20(3), 235–238. https://doi.org/10.1136/tc.2010.039982

21. ROOM et MÄKELÄ ; CORREIA D., MANTHEY J., NEUFELD M., et al. (2024). Classifying national drinking patterns in Europe between 2000 and 2019: A clustering approach using comparable exposure data. *Addiction*, 119(9), 1543–1553. https://doi.org/10.1111/add.16567 ; ROLANDO S., CUOMO G., & ALLASTE A.-A. (2024). Cultural variations in conceptualization of excessive drinking among young adults in Denmark, Estonia and Italy. *Drugs, Habits and Social Policy*, 25(1), 67–82. https://doi.org/10.1108/dhs-05-2023-0018

22. CORREIA et al., 2024, *Op. cit.*

23. VAN DER VELDE L., SHABAAN A. N., MANSSON A., et al. (2024). Alcohol-attributed disease burden and formal alcohol policies in the Nordic countries (1990–2019): An analysis using the Global Burden of Disease Study 2019. *European Journal of Public Health*, 35(1), 52–59. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae195

24. CORREIA et al., 2024, *Op. cit*.

25. CORCORAN E., DOUCETTE H., & MERRILL J. E. (2023). A qualitative analysis of adolescents' perspectives on peer and influencer alcohol-related posts on social media. *Drug and Alcohol Review*, 43(1), 13–27. https://doi.org/10.1111/dar.13720 ; MEISEL S. N., NESI J., JANSSEN T., et al. (2022). Adolescent (mis)perceptions of peer alcohol posts on social media: Prospective associations with alcohol attitudes and use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 46(11), 2054–2067. https://doi.org/10.1111/acer.14935 ; NAGATA J. M., SMITH N., ZAMORA G., et al. (2023). Problematic social media use and alcohol expectancies in early adolescents. *BMC Public Health*, 23, Article 451. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15298-3

26. SUTINEN U.-M., LUUKKONEN R., & NÄRVÄNEN E. (2023). "Tag a person who loves candy" — Sociocultural approach to unhealthy food marketing to adolescents in social media. *Young Consumers*, 25(2), 211–225. https://doi.org/10.1108/yc-04-2023-1726

5. Implications éthiques et politiques de la prévention environnementale

Quels risques de paternalisme et de stigmatisation ?

La prévention environnementale soulève d'importantes questions éthiques et politiques : si elle peut générer des changements significatifs de consommation, elle comporte aussi des risques de paternalisme, de stigmatisation et d'injustice sociale.

Les industries attaquent les approches environnementales[27], tandis que certain·es professionnel·les de la prévention évoquent des préoccupations relatives à la stigmatisation[28], à la manipulation et à l'autoritarisme[29]. Ces critiques négligent le fait que les interventions environnementales peuvent améliorer l'équité[30], alors que les approches exigeant une plus grande agentivité personnelle favorisent les personnes disposant de davantage de ressources cognitives et d'autogestion[31].

Concilier le bien-être collectif et l'autonomie individuelle constitue un défi central. Les *nudges* peuvent être perçus comme une manipulation subtile : ils doivent donc être transparents, fondés sur des données probantes et soumis à un contrôle démocratique[32] ; la résistance anticipée aux mesures systémiques tend à diminuer une fois celles-ci mises en œuvre[33]. Le risque de stigmatiser certains groupes ou territoires peut même être réduit en privilégiant des interventions environnementales universelles dans les quartiers à faibles revenus — par exemple, la végétalisation de terrains vagues, qui accroît l'usage social de l'espace public, améliore le sentiment de sécurité et réduit la violence armée et d'autres formes de criminalité[34].

Sur le plan politique, la prévention environnementale exige une gouvernance intersectorielle réunissant collectivités locales, autorités sanitaires, urbanistes, éducateurs et organisations communautaires. Il n'existe pas d'environnements neutres : là où la politique publique n'agit pas, les forces commerciales façonnent des espaces « cannabinogènes », « alcoolisogènes » et « obésogènes », et l'inaction cède l'environnement à un paternalisme industriel qui fait passer le profit avant la santé[35]. De nombreuses mesures efficaces — régulation des prix, contrôles de la consommation dans l'espace public, restrictions publicitaires, urbanisme, etc. — dépendent de décisions politiques qui se heurtent à des intérêts puissants ; l'industrie de l'alcool, par exemple, promeut les récits selon lesquels les politiques libérales augmentent les recettes, que la liberté doit primer sur le contrôle, et que l'éducation à la responsabilité constitue la meilleure solution[36].

Là où la politique publique n'agit pas, les forces commerciales façonnent des espaces « cannabinogènes », « alcoolisogènes » et « obésogènes ».

La « Déclaration d'Oviedo » (2023) illustre la tendance à réduire la prévention à l'autonomisation individuelle tout au long de la vie. Bien que partiellement utile, cette approche reporte la responsabilité de la santé sur l'individu (le cadre individuel)[37], en omettant les déterminants environnementaux, économiques, réglementaires et commerciaux du comportement. Faire face à cette question suppose de renforcer le pilier environnemental, afin que les personnes n'aient pas besoin de mobiliser des compétences, une motivation ou une maîtrise de soi élevées pour faire des choix sains, mais soient doucement orientées vers ceux-ci au sein d'environnements sûrs[38] (le cadre systémique)[39].

Cela rejoint les origines de la santé publique lors des épidémies de choléra de Londres (1854) et de Hambourg (1882), où la réponse environnementale consista à éliminer l'eau contaminée et à améliorer les conditions de vie plutôt qu'à enseigner à chacun à faire bouillir son eau. Les deux stratégies sont complémentaires, mais seule la première garantit l'équité et ne dépend pas de ressources inégalement réparties.

27. BURKHART G. (2011). Environmental drug prevention in the EU: Why is it so unpopular? *Adicciones*, 23(2). https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/151/151 ; SWINBURN B. A., SACKS G., HALL K. D., McPHERSON K., FINEGOOD D. T., MOODIE M. L., & GORTMAKER S. L. (2011). The global obesity pandemic: Shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, 378(9793), 804–814. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60813-1 ; VAN SCHALKWYK M. C. I., MAANI N., PETTIGREW S., & PETTICREW M. (2021). Corporate ventriloquism undermines action on alcohol harms. *BMJ*, 374. https://doi.org/10.1136/bmj.n1879

28. WILLIAMSON L., THOM B., STIMSON G. V., & Uhl, A. (2014). Stigma as a public health tool: Implications for health promotion and citizen involvement — A response to Bayer and Fairchild. *The International Journal on Drug Policy*, 26(7), 615–616. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.04.004

29. PROCTOR R. N. (2008). On playing the Nazi card. *Tobacco Control*, 17(5), 289–290.

30. LUDWIG D. S., PETERSON K. E., & GORTMAKER S. L. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: A prospective, observational analysis. *The Lancet*, 357(9255), 505–508. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04041-1 ; ZHAO J., & STOCKWELL T. (2017). The impacts of minimum alcohol pricing on alcohol attributable morbidity in regions of British Columbia, Canada with low, medium and high mean family income. *Addiction*, 112(11), 1942–1951. https://doi.org/10.1111/add.13902

31. PECHEY R., HOLLANDS G. J., CARTER P., & MARTEAU T. M. (2020). Altering the availability of products within physical micro-environments: A conceptual framework. *BMC Public Health*, 20(1), 1–14. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09052-2

32. THALER & SUNSTEIN 2008, *Op. cit.*

33. GRANULO A., FUCHS C., & BÖHM R. (2025). Psychological reactance to system-level policies before and after their implementation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 122(18), e2409907122. https://doi.org/10.1073/pnas.2409907122

34. BRANAS et al., 2018, *Op. cit.*

35. MOORE, M., YEATMAN H., & DAVEY R. (2015). Which nanny — the state or industry? Wowsers, teetotallers and the fun police in public health advocacy. *Public Health*, 129(8), 1030–1037. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.01.031 ; STEELE M., MIALON M., BROWNE S., CAMPBELL N., & FINUCANE F. (2021). Obesity, public health ethics and the nanny state. E*thics, Medicine and Public Health*, 19, 100724. https://doi.org/10.1016/j.jemep.2021.100724

36. SAMA T. B., KONTTINEN I., & HIILAMO H. (2021). Alcohol industry arguments for liberalizing alcohol policy in Finland: Analysis of Twitter data. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 82(2), 279–287. https://doi.org/10.15288/jsad.2021.82.279

37. I-frame ; CHATER N. & LOEWENSTEIN G. F. (2022). The i-frame and the s-frame: How focusing on individual-level solutions has led behavioral public policy astray. *SSRN Electronic Journal*. https://doi.org/10.2139/ssrn.4046264

38. BIGLAN A. (2015). *The nurture effect: How the science of human behavior can improve our lives and our world*. New Harbinger Publications.

39. S-frame ; CHATER N. & LOEWENSTEIN G. F., 2022, *Op. cit.*

Réguler les environnements, ne pas criminaliser les personnes

Une objection (et un malentendu) récurrente consiste à dire que la prévention environnementale est un prohibitionnisme déguisé, alors que la prohibition a manifestement échoué : elle n'a pas éliminé l'offre, a produit un marché illégal dangereux, a stigmatisé les usager·ères et entravé leur accès aux services. Pourtant, la prévention environnementale et la prohibition au niveau de l'usager·ère ne sont pas le même levier, et les confondre est une erreur de catégorie. L'argument environnemental est le plus fort pour les produits commerciaux légaux (alcool, tabac, jeux d'argent, aliments ultra-transformés, et de plus en plus l'économie numérique de l'attention), où les industries construisent activement l'environnement producteur de dommages. Ici, la régulation contraint les acteurs commerciaux, et non les usager·ères : prix unitaire minimum, restrictions du marketing, paquets neutres, plafonnement de la densité des points de vente et zones sans tabac s'appliquent aux producteurs et aux détaillants, sans rien demander aux consommateur·ices si ce n'est de composer avec un environnement moins agressivement façonné.

Pour les substances illégales, l'argument joue en sens inverse. Criminaliser les usager·ères produit un environnement non sûr : approvisionnement non régulé d'une puissance inconnue, absence de contrôle de qualité, exposition au système pénal qui perturbe l'emploi et le logement, et stigmatisation qui entrave la recherche de soins[40]. La décriminalisation portugaise de la possession à usage personnel en 2001 l'illustre : les décès liés aux drogues sont passés de 80 en 2001 à 20 en 2008, parallèlement à une expansion majeure des services de réduction des risques et de traitement. Le mécanisme n'est pas pharmacologique mais environnemental : il a permis au système de santé d'atteindre les usager·ères sans stigmatisation et a rendu possibles des environnements de consommation plus sûrs (analyse de produits, salles de consommation supervisée, traitement à bas seuil) que la prohibition avait maintenus inaccessibles[41].

La proposition de la prévention environnementale est donc symétrique : réguler étroitement l'environnement commercial, mais légèrement l'usager·ère individuel·le. Exiger des règles plus strictes pour les annonceurs d'alcool et la décriminalisation pour les personnes qui consomment de l'héroïne n'est pas contradictoire : la santé publique est la mieux servie en façonnant les environnements, non en punissant les individus. Cela clarifie aussi la notion de « liberté ». La critique libertarienne défend la liberté comme absence d'ingérence de l'État ; la tradition de santé publique, depuis Marmot (2010)[42], soutient que la liberté est la capacité de mener une vie saine dans des conditions que l'on n'a pas choisies — par exemple la saturation publicitaire, la densité des points de vente, le stress financier, les produits façonnés. Un prix unitaire minimum ou un plafonnement des machines à sous ne réduit la liberté effective de personne ; il réduit la liberté des acteurs commerciaux de compromettre celle des usager·ères, en particulier des plus vulnérables. La question n'est pas de savoir s'il faut interférer avec la liberté, mais de quelle liberté il s'agit, et aux dépens de qui.

La légitimité [de la prévention environnementale] dépend d'une conception éthique, d'une orientation participative et de son articulation avec des politiques inclusives, fondées sur les droits.

La prévention environnementale offre donc une voie prometteuse vers les déterminants contextuels de l'usage de substances, mais sa légitimité dépend d'une conception éthique, d'une orientation participative et de son articulation avec des politiques inclusives, fondées sur les droits.

6. Conclusions

La prévention environnementale marque un progrès substantiel dans la réduction de l'usage de substances psychoactives : en agissant sur les environnements physiques, normatifs et économiques qui façonnent les décisions quotidiennes, elle influe sur le comportement collectif sans exiger un effort conscient constant. Agir sur les structures plutôt que sur les motivations rend les interventions moins coûteuses, plus généralisables et plus équitables, tout en soulevant des défis de transparence, de contrôle démocratique et de volonté politique pour affronter les intérêts opposés à la santé publique. Elle ne remplace pas les approches traditionnelles, mais s'inscrit dans une stratégie multisectorielle combinant éducation, développement des compétences personnelles et action structurelle, chacune renforçant les autres et déplaçant l'attention de l'individu isolé vers les contextes partagés qui soutiennent le bien-être, l'inclusion et la santé collective.

40. CERDÁ M., KRAWZYK N., & KEYES K. M. (2023). The future of the United States overdose crisis: Challenges and opportunities. *Milbank Quarterly*, 101(S1), 478–506. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12602

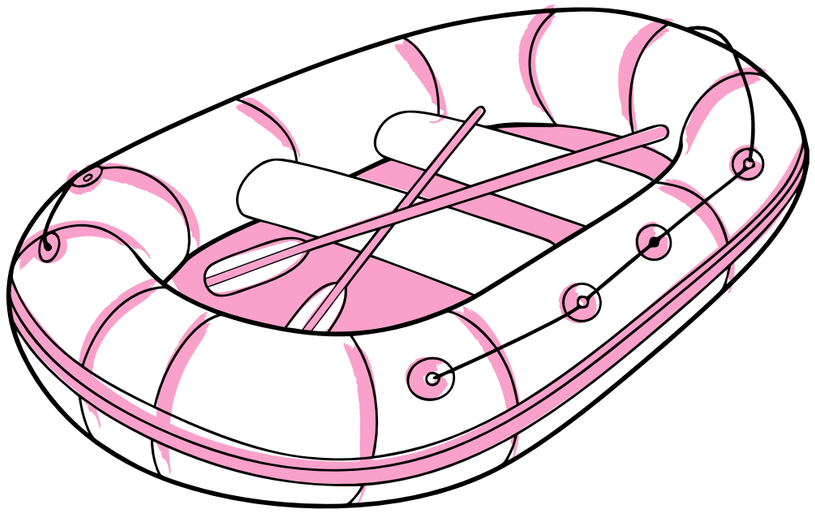
41. PIRES C. V., CURADO A., FUENTES R., et al. (2024). City-level drug policies in Portugal: The COVID-19 pandemic as an analyser of harm reduction intervention responsiveness in Porto and Lisbon [Preprint]. *Research Square*. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4656985/v1

42. MARMOT M., ALLEN J., GOLDBLATT P., BOYCE T., McNEISH D., GRADY M., & GEDDES I. (2010). Fair society, healthy lives: *The Marmot Review*. UCL Institute of Health Equity.

40 ans du VAD : d'une petite ASBL à un centre d'expertise à part entière

Ebe Daems & Marie-Claire Lambrechts, collaboratrices du VAD

Plus de 40 ans après sa création, VAD, le Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (Centre d'expertise flamand Alcool et autres Drogues), est un acteur reconnu et fiable du paysage flamand de la prévention. La manière dont VAD est devenu ce qu'il est aujourd'hui est étroitement liée à l'évolution de l'ensemble du paysage de la prévention : retour en arrière et état des lieux.



VAD est aujourd'hui le partenaire officiel du gouvernement flamand pour la prévention en matière d'alcool, de drogues illégales, de médicaments psychoactifs, de jeux d'argent et d'usage des écrans (auparavant le jeu vidéo). VAD est également la maison mère de la Druglijn, le service public de VAD. VAD chapeaute en outre une bonne quatre-vingtaine d'organisations flamandes spécialisées dans la prévention, l'intervention précoce, la réduction des risques, l'aide et la recherche[1]. Une cinquantaine de collaborateurs y travaillent. Il en fut autrement autrefois.

Du travail au coup par coup à une prévention structurelle

Au début des années 1980, la prévention organisée en matière d'alcool et de drogues n'existait pratiquement pas. Des médecins et des intervenant·es du secteur des assuétudes, ainsi que des membres des Alcooliques Anonymes ou de mouvements de sobriété intervenaient dans de nombreuses organisations pour éteindre des feux ponctuels et expliquer la problématique des assuétudes.

La dépendance était alors envisagée soit sous un angle moral, soit sous un angle médical. Les personnes dépendantes et les personnes non dépendantes étaient opposées de façon radicale. On ne voyait pas la nécessité d'une approche sociétale large : pour celles et ceux qui n'étaient pas dépendant·es, on jugeait cela superflu. Quant à celles et ceux qui étaient aux prises avec une dépendance et cherchaient de l'aide, un parcours difficile les attendait.

Une catastrophe maritime comme tournant

Le besoin d'un réseau de prévention plus organisé se fait ensuite sentir de manière de plus en plus nette, en partie à la suite de catastrophes retentissantes telles que le naufrage du *Herald of Free Enterprise* au large de Zeebruges en 1987. Provoqué par des facteurs techniques et des erreurs humaines, celui-ci a provoqué 193 morts. Le fait que les membres d'équipage étaient autorisés à consommer de l'alcool pendant leur travail soulève des questions pressantes. Ce n'est en outre pas le premier accident majeur dans lequel la consommation d'alcool avait peut-être joué un rôle.

À cette époque, VAD compte deux collaborateurs, et le premier groupe de travail VAD sur la prévention de l'alcool au travail voit le jour. Pour organiser la prévention de façon structurelle, le ministre flamand de la Santé, du Bien-être et de la Famille, Jan Lenssens, rédige en 1987 une note qui pose les bases pour que cela se fasse à partir des centres de santé mentale (CGG). En 1988, 10 CGG engagent un travailleur de prévention, et VAD reçoit pour mission de coordonner l'ensemble : VAD réunit les travailleur·euses de prévention au sein de l'équipe de prévention, assure la coordination, contribue à mettre en place les cadres de contenu et veille à ce que les initiatives de prévention retenues soient validées tant par la pratique que par les données scientifiques.

Les drogues illégales font aussi de la prévention un enjeu de sécurité

Au début des années 1990, les drogues illégales deviennent plus visibles dans l'espace public et engendrent des nuisances. Des questions émanent de divers secteurs, et les travailleur·euses de prévention passent d'une logique d'offre à une logique de demande. Pour pouvoir répondre à toutes ces demandes avec une équipe restreinte, ils et elles optent pour une nouvelle approche : plutôt que de se rendre partout, ils et elles soutiennent systématiquement des intermédiaires - des enseignant·es, par exemple - afin que ceux-ci fassent de la prévention dans leur propre cadre.

Sur le plan politique, les drogues illégales s'imposent soudainement en tête de l'agenda. Alors que l'alcool est considéré comme un enjeu de santé, les drogues illégales sont surtout abordées comme un enjeu de sécurité. Au milieu des années 1990, cela conduit au déploiement de travailleur·euses de prévention « sécurité », aux côtés des collègues qui œuvrent dans une perspective de santé. Cette double approche donne lieu à des initiatives et des visions très divergentes, et réunit de nouveaux secteurs autour de la table. La concertation intersectorielle permet de répondre à tous ces besoins et d'aligner les points de vue.

Les jeux d'argent et le jeu vidéo à l'agenda

De la fin des années 1990 à 2019 apparaissent les nouvelles substances psychoactives (NSP) — des drogues de synthèse qui imitent le plus souvent les effets des drogues « classiques ». Cette gamme complexe et en évolution rapide de substances inconnues complique la prévention axée sur les produits. Dans le même temps, la conscience des dépendances comportementales grandit, si bien que le jeu d'argent problématique et l'univers du jeu vidéo, en évolution rapide, s'invitent eux aussi à l'agenda de VAD et du travail de prévention.

Le paysage flamand de la prévention aujourd'hui

Ces dernières années, c'est surtout la question « ce que nous faisons est-il réellement efficace ? » qui occupe le devant de la scène. L'Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA) veut elle aussi s'assurer de l'efficacité de la prévention, et a pour cela développé des normes européennes de qualité ainsi que la formation européenne à la prévention (EUPC), transmise aux partenaires de prévention des pays de l'UE via un système de formation de formateur·ices. Par ailleurs, la poursuite de la numérisation de la prévention reste également un point d'attention.

Le cadre de la politique de santé préventive en Flandre est le « décret relatif à la politique de santé préventive » de 2003. Le gouvernement flamand travaille à cet effet avec des objectifs de prévention spécifiques, mesurables et communément admis, actuellement regroupés sous l'appellation « Gezonde Generatie 2026-2035 » (Génération en bonne santé 2026-2035).

Plusieurs organisations contribuent à la mise en œuvre de ce plan d'action : VAD en tant qu'organisation partenaire, le service de prévention TAD des CGG avec son travail de terrain, les Gezondheidsmakers et Gezond in Brussel (acteurs de la promotion de la santé et de la prévention en Région bruxelloise, NDLR), ainsi que les travailleur·euses de prévention aux niveaux local et intercommunal.

En 2026, VAD est à la veille de son nouveau contrat de gestion quinquennal avec le gouvernement flamand. VAD participe en outre à des projets fédéraux et est active dans le contexte européen : elle fournit des données régionales à l'EUDA et est partenaire de divers réseaux et projets européens. La vision est restée la même au fil des années : VAD travaille dans une perspective de santé et de bien-être, et souhaite que la thématique de l'alcool et des drogues puisse être sujette à discussions, développer des réseaux (inter)sectoriels et soutenir une approche de qualité.

1. Membres de VAD : https://vad.be/over-vad/#koepel

Les acteurs de terrain

Le service de prévention TAD des CGG (Tabac, Alcool et Drogues)

Le service de prévention TAD des centres de santé mentale (CGG) assure le travail de terrain relatif à la prévention de la consommation de substances, des jeux d'argent et de l'usage des écrans. La Flandre compte 12 CGG[2] dotés d'un tel service de prévention, chacun couvrant sa propre région, l'ensemble couvrant ainsi tout le territoire flamand.

Ce réseau de prévention des CGG informe et forme des intermédiaires issus de divers secteurs - enseignement, santé, bien-être, loisirs et culture, travail et pouvoirs locaux - par exemple sur les produits, la reconnaissance et la discussion des signaux d'alerte, ou l'orientation vers l'aide.

Les travailleur·euses de prévention des CGG accompagnent en outre des organisations dans l'élaboration d'une politique en matière d'alcool et de drogues. Le réseau de prévention propose également de l'intervision autour de situations concrètes et donne des conseils sur des cas, des questions et l'organisation d'activités de prévention. C'est ainsi que, par l'intermédiaire de ces relais, la prévention atteint la population générale et tous les groupes d'âge.

Gezondheidsmakers

Jusqu'à fin 2024, il existait en Flandre et à Bruxelles 13 Logo's (concertations locales de santé, Lokaal GezondheidsOverleg). Depuis 2025, elles unissent leurs forces au sein d'une seule organisation : Gezondheidsmakers. À Bruxelles, l'action reste ancrée au sein de la Commission communautaire flamande, sous le nom de Gezond in Brussel. Elles ne travaillent pas uniquement sur la consommation de substances, mais sur l'ensemble des objectifs de santé flamands.

Avec 13 antennes régionales, elles couvrent le territoire flamand. Elles soutiennent et accompagnent les écoles, les pouvoirs locaux, les associations et les structures d'accueil dans la mise en place d'une politique de santé préventive selon le principe *Health in All Policies*. Elles répondent également à des besoins locaux et régionaux, par exemple avec des méthodes de prévention sur mesure.

Travailleur·euses de prévention intercommunaux·ales

Les travailleur·euses de prévention intercommunaux·ales exercent dans deux communes ou plus au sein d'une zone de première ligne. Ils et elles peuvent être employé·es par la commune elle-même ou par une organisation à laquelle cette mission est confiée : ce sont les communes membres du partenariat qui en décident.

Les communes subventionnent cette action à hauteur d'au moins le même montant que le gouvernement flamand, et choisissent quelles thématiques de prévention - dont l'alcool et les autres drogues, les jeux d'argent et l'usage des écrans - sont prioritaires. On compte aujourd'hui en Flandre environ 45 structures de prévention intercommunales actives.

Elles travaillent à la demande d'un pouvoir local, directement à destination de certains publics cibles ou contextes, et jouent un rôle moteur dans les initiatives et réseaux locaux. Leurs services sont généralement gratuits ou peu coûteux. Ils bénéficient du soutien des Gezondheidsmakers et, selon la thématique, également d'autres organisations comme le service de prévention des CGG.

Travailleur·euses de prévention locaux·ales

Il existe par ailleurs des travailleur·euses de prévention locaux·ales. Leur action est née des contrats de sécurité conclus au début des années 1990 entre l'État fédéral, les régions et les communes, dans le but de prévenir la criminalité au niveau communal. Dans l'attente d'une réforme de la politique de subvention en matière de prévention, les plans stratégiques de sécurité ont été prolongés à titre provisoire.

Certain·es travailleur·euses sont employé·es par la commune elle-même - au sein ou en dehors de la police -, d'autres sont détaché·es auprès d'ASBL menant une action de prévention, d'aide ou du travail de rue. Certaines communes financent sur fonds propres un·e travailleur·euse de prévention, dont la mission liée à l'alcool et aux autres drogues reste généralement limitée, en plus d'autres tâches communales. Quelques grandes villes flamandes financent également un fonctionnaire de prévention chargé de coordonner l'ensemble des initiatives relatives à l'alcool et aux autres drogues sur leur territoire.

La collaboration fait la différence

Bien que les rôles et les missions des différents acteurs de la prévention soient clairement définis sur papier, leur mise en pratique varie souvent d'une région à l'autre. En raison de moyens humains limités, les partenaires régionaux abordent la répartition des tâches de manière pragmatique : ils concluent entre eux des accords fonctionnels afin de mobiliser les ressources disponibles le plus efficacement possible.

Diverses plateformes de concertation réunissent les acteurs de la prévention et favorisent ainsi la collaboration régionale, la coordination et les échanges. VAD organise en outre, en tant qu'organisation partenaire, des moments de réseautage. L'académie VAD[3] ainsi que la large offre d'*e-learning*[4] continuent également de jouer un rôle important dans le renforcement des compétences de l'ensemble de ces acteurs de la prévention.

2. Centres de Santé Mentale : https://www.centrageestelijkegezondheidszorg.be/preventie

3. Académie VAD : https://vormingen.vad.be/

4. Offre d'e-learning : https://vormingen.vad.be/e-learning/

Terrain

Le collectif Agir en prévention : à la rencontre de nos partenaires

Le collectif Agir en prévention rassemble les associations spécialisées en prévention des assuétudes dans une optique de promotion de la santé au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Il se compose du Fonds des affections respiratoires (Fares), du Pélican, de Nadja, du service Avat Prévention, de Périscope (ASBL Citadelle), du centre de santé mentale Alfa, d'Univers Santé, d'Infor Drogues & Addictions et de notre ASBL, Drogues Santé Prévention.

À travers la série d'articles qui suivent, nous vous proposons de partir à la rencontre de nos huit partenaires afin de découvrir leur histoire, leurs pratiques et leurs publics, ainsi que les projets en cours dans le secteur. Les intervenant·es que nous avons rencontré·es nous ont fait part des principes fondateurs au cœur de leur travail, des enjeux auxquels ils font face et parfois aussi de leurs questionnements.

Formations, sensibilisations, accompagnements, projets-pilotes, plaidoyer politique, travail en réseau… : à défaut de pouvoir détailler ici toutes les missions et activités de chaque ASBL, nous gageons que l'ensemble des articles fournira un aperçu global du travail mené aujourd'hui en prévention des assuétudes dans une optique de promotion de la santé.

Marinette Mormont

Centre Alfa : prévenir, c'est accompagner la réflexion et l'action

Au Centre Alfa, le service prévention, formation, accompagnement d'adultes relais propose un accompagnement sur mesure aux institutions qui en font la demande. Rencontre avec Florence Renard, qui décortique les interprétations erronées souvent véhiculées quand on parle de prévention.

Depuis plus de soixante ans, le Centre Alfa, dans le quartier Saint-Lambert à Liège, accompagne les personnes avec un problème de consommation et leur entourage. Florence Renard, du service prévention, formation, accompagnement d'adultes relais, en retrace les origines : *« Le Centre Alfa a été créé en 1962 par un monsieur qui avait des problèmes d'alcool et qui avait mis en place le premier groupe d'alcooliques anonymes à Liège. Il a ensuite créé une ASBL, se rendant compte que ces groupes étaient importants mais avaient leurs limites, à savoir que parfois les situations étaient tellement complexes qu'elles nécessitaient un accompagnement professionnel. Cela a débuté dans un garage, avec un psychiatre, un assistant social et une psychologue. »*

Agréé comme service de santé mentale (SSM) spécialisé dans le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies depuis 1975, le Centre Alfa accueille aujourd'hui environ 80 % de personnes avec des problématiques de dépendance (produits légaux, illégaux, jeux, anorexie et boulimie, etc.) et 20 % d'autres avec des troubles de santé mentale sans dépendances. Il se veut accessible financièrement et géographiquement : *« On reçoit des personnes qui proviennent du Luxembourg. Soit parce qu'elles ont déménagé après avoir habité à Liège, soit parce qu'elles préfèrent consulter ailleurs pour des questions d'anonymat, soit parce qu'elles habitent dans des bleds où il n'y a rien. »*

Directeur du Centre Alfa durant plusieurs décennies, le psychiatre Christian Figiel a été l'un des fers de lance des traitements de substitution à la méthadone en province de Liège[1]. En raison de son départ à la retraite, l'équipe est aujourd'hui à la recherche d'un nouveau directeur médecin psychiatre, mais se heurte à la pénurie dans le secteur. *« C'est compliqué de trouver des psychiatres en SSM : ils sont moins bien payés que dans le privé, il faut travailler en pluridisciplinaire, et cela n'intéresse pas tout le monde, les usagers de drogues »*, commente Florence Renard.

Outre son équipe administrative, Alfa se compose aujourd'hui des services thérapeutique, parentalité, aide en ligne (pour les personnes qui se questionnent par rapport à leur consommation d'alcool ou leurs proches), réduction des risques (comptoir d'échange de matériel stérile et interventions en milieu festif) et prévention, formation, accompagnement d'adultes relais. Accompagnement des jeunes et de leurs proches, séances d'information en ligne pour les joueur·euses et leurs proches, groupes d'aide autour de la consommation de tabac sont autant d'autres approches développées, l'association mettant un point d'honneur à faire des liens entre ses services et projets.

1. . JACQUES J.P., FIGIEL C., s. dir., *Drogues et substitution. Traitements et prise en charge du sujet*, Ed. De Boeck Supérieur, coll. Oxalis, 2006, 432 p.

Un accompagnement personnalisé

Travailler avec l'environnement : cette orientation est inscrite dans la démarche de l'association depuis sa création, car *« des consommations, il y en a partout »*. Pour ce faire, le service prévention, formation, accompagnement d'adultes relais travaille uniquement à la demande. Issus de l'enseignement, de maisons de jeunes, d'entreprises, de services pour personnes en situation de précarité…, les bénéficiaires de ces accompagnements sont majoritairement des professionnel·les, mais ils peuvent aussi provenir d'associations de parents, de clubs de pensionné·es ou de clubs sportifs.

Florence Renard met en regard ces accompagnements avec les suivis thérapeutiques, *« si ce n'est que notre bénéficiaire, c'est une institution ». « On travaille toujours soit avec des personnes d'une même profession, par exemple des policiers ou des aides familiales de différentes zones, soit avec une équipe »*, de manière à assurer un lien entre les éléments de compréhension touchant à la thématique des assuétudes et les pratiques professionnelles et situations rencontrées.

Deux portes d'entrée sont à l'origine des demandes : le souhait de développer un projet de prévention (comme l'organisation d'une semaine bien-être) ou la confrontation à une situation problématique (par exemple la survenue de comas éthyliques au cours d'un voyage scolaire). Après une analyse des besoins et enjeux qui émergent de la demande, un accompagnement personnalisé se déploie tout au long de plusieurs séances de travail. S'agissant des situations de « crise », *« on fait ce qu'on appelle un retour sur événement : on débriefe ce qui s'est passé, comment cela a été géré et quelles seraient les perspectives. On aborde la situation plus directement »*. Dans tous les cas, *« on veille au transfert des méthodologies et une post-évaluation est proposée six mois après l'accompagnement. On voit alors si les participants ont eu l'occasion d'utiliser les outils, si d'autres préoccupations ont émergé, si de nouvelles ressources sont nécessaires »*.

> ***« On estime [que le terme prévention] est galvaudé. Il veut tout dire et rien dire, et les gens ne savent finalement pas exactement ce qu'on fait comme boulot. »***
> *Florence Renard*

L'approche mise en place ne fait jamais l'impasse sur un moment de déconstruction des croyances et représentations, parfois tenaces, autour des usages et des produits. Celles-ci peuvent toucher aux échelles de gravité associées aux produits, aux mécanismes de l'addiction, à l'importance trop souvent accordée aux produits plutôt qu'aux comportements, ou encore aux images qui collent à la peau des personnes usagères de substances. *« Cela fait vingt-six ans que je suis ici et je travaille encore sur mes propres représentations »*, relève Florence Renard.

> ***« Cela fait vingt-six ans que je suis ici et je travaille encore sur mes propres représentations. »***
> *Florence Renard*

« La prévention, c'est pour tout le monde »

« Le terme prévention commence à nous chipoter, observe aussi l'assistante sociale. *On estime qu'il est galvaudé. Il veut tout dire et rien dire, et les gens ne savent finalement pas exactement ce qu'on fait comme boulot. »* L'usage de ce concept entretient souvent des interprétations erronées, comme l'idée que l'on fait de la prévention pour empêcher les consommations (« *Nous travaillons dans une optique de promotion de la santé et du bien-être. On ne veut pas éviter la drogue. Ce qu'on souhaite, c'est que les personnes puissent consommer de manière responsable si elles le veulent* ») ; celle selon laquelle la prévention ne s'occupe que des substances (jeux en ligne, écrans, boulimie… : autant d'autres problématiques prises en considération) ; la croyance selon laquelle la prévention ne s'adresserait qu'aux jeunes (« *Selon moi, la prévention, c'est pour tout le monde. Il y a pas mal de quarantenaires qui se séparent, qui vont fricoter à gauche, à droite… Or on ne leur parle pas de la capote parce qu'ils ont plus de quarante ans…* ») ; ou encore celle selon laquelle la prévention serait une affaire de spécialistes (« *Un prof de maths, un prof de gym, une aide familiale peuvent être des acteurs de prévention* »).

Au concept de prévention, Florence Renard préfère celui d'accompagnement d'adultes relais : *« On travaille beaucoup à la mise en réflexion et en action des personnes autour de situations et de projets. Ce sont elles qui décortiquent ces situations. Ensemble, on essaie de voir quelles ressources vont pouvoir être activées. »* Une démarche qui permet de s'interroger sur les motivations d'une consommation, sur l'environnement au sein duquel elle se produit, sur les cadres et les règles de cet environnement qui peuvent revus s'ils ne sont pas réalistes. *« On a travaillé avec une école d'enseignement spécialisé*, illustre-t-elle. *Les jeunes étaient tous en train de fumer sur le temps de midi. On s'est rendu compte que ces temps de midi duraient une heure et demie, que les élèves mangeaient leurs tartines dehors sous la pluie et qu'ils s'ennuyaient. Du coup, ils fumaient et se battaient. Partant de ce constat, des activités ont été mises en place (foot, atelier permis de conduire, lecture, etc.). Au bout de quelques semaines, la consommation de tabac et la violence avaient diminué de moitié. »*

Marinette Mormont

Avat Prévention : nuancer les représentations

Travail sur les représentations et le positionnement des travailleur·euses et institutions, actions de prévention : les interventions d'AVAT Prévention auprès des professionnel·les visent à construire des projets sur le long terme.

Il y a deux ans, l'équipe d'Avat Prévention était interpellée par une structure d'accueil résidentielle pour des personnes porteuses de handicaps mentaux à propos des usages d'écrans de leurs bénéficiaires. *« Il y avait beaucoup d'utilisations problématiques, avec des questions touchant à l'intimité, à ce qu'on peut montrer ou pas sur les réseaux sociaux, mais également au fait de se retrouver sur des sites de rencontre face à des personnes qui ne vous veulent pas forcément du bien ou face à d'autres qui ne s'attendent pas à tomber sur une personne porteuse de handicap »*, se remémorent Dimitri Berov (psychologue) et Jodie Alardot (assistante sociale).

De cette sollicitation a émergé une collaboration au long cours entre Avat Prévention et la structure demandeuse. Un travail qui s'est déplié en plusieurs étapes : trois séances d'information pour aborder avec l'équipe la question de ses représentations, suivies d'un travail de réflexion sur le positionnement de l'institution (Quels sont les règlements en vigueur ? Comment placer le curseur entre l'autonomie et la sécurité des bénéficiaires ? Qu'est-ce qui est mobilisable par l'équipe pour pallier les manquements ?). Plusieurs actions ont ensuite vu le jour, la première d'entre elles étant la mise en place d'une structure spécifique au sein de l'organisation, « Les ambassadeurs du net », composée de travailleur·euses et de bénéficiaires, en vue de réfléchir aux usages numériques. Les règlements ont également été repensés et des ateliers à destination des bénéficiaires organisés.

Des projets sur le long terme

Créé fin des années 1990, Avat Prévention est l'une des trois branches du SSM Verviers, à côté du service de santé mentale et du centre de rééducation fonctionnelle ambulatoire (CRFA). Comme plusieurs services de prévention des assuétudes en promotion de la santé, ses trois intervenant·es Dimitri, Jodie et Marilyne répondent aux demandes de professionnel·les qui se questionnent sur les consommations de leurs publics, avec pour objectifs de renforcer leurs ressources, connaissances et compétences, de les soutenir dans la mise en place d'actions de prévention, et de renforcer l'accessibilité aux services de l'arrondissement de Verviers.

> ***« L'idée, c'est d'arriver à pouvoir construire des projets sur le long terme avec les équipes qu'on rencontre pour qu'elles puissent devenir autonomes. »***
> *Jodie Alardot*

« Rencontrer les jeunes là où ils sont »

À la suite d'un appel à projet de l'Aviq, Avat Prévention vient de lancer un nouveau projet sur la thématique de la santé mentale chez les jeunes. Le constat de départ ? *« Il y a dans notre région énormément de zones non desservies et de jeunes qui ne sont pas en contact avec les services lorsqu'ils sont dans des situations problématiques, que ce soit lié à des consommations ou à la santé mentale de manière générale »*, explique Dimitri Berov.

Dans le cadre du projet « Jeunes et bien-être : s'exprimer, participer, agir », une nouvelle équipe de trois personnes a été constituée afin d'*« aller rencontrer les jeunes là où ils sont, de comprendre leurs vécus et leurs besoins »*. Engagées début 2026, Aurélie, Élise et Justine ont déjà rencontré un certain nombre de jeunes et d'associations qui travaillent avec eux. *« Plusieurs thématiques ressortent : il y a beaucoup de décrochage scolaire, le harcèlement revient souvent, un mal-être global aussi. Les jeunes sont un peu perdus dans la société, sans parler de l'isolement et de la paupérisation. Ils sont fragiles sur plusieurs niveaux »*, épinglent-elles.

Après une première phase de récolte, le projet aura pour but d'aider les jeunes à mettre sur pied des projets qui répondent à leurs besoins. D'une durée de deux ans, il s'inscrit dans une approche de promotion de la santé et de renforcement des ressources des jeunes.

« À l'origine, notre structure répondait surtout aux demandes des écoles pour aller faire des séances d'information, parler de consommations et de produits. On faisait des ateliers avec les jeunes et en général, c'était du one-shot, relate Dimitri Berov. *On a ensuite commencé à investiguer d'autres secteurs, d'autres populations, et réorienté notre mission : aujourd'hui, on intervient auprès des professionnels. »*

Services résidentiels pour mineurs, pour personnes en situation de handicap, maisons de repos, entreprises ou CPAS : les institutions demandeuses sont diverses. Face à la variété des demandes, les interventions proposées le sont tout autant. Bien que certaines structures soient uniquement en quête d'informations sur les produits ou d'outils concrets, *« l'idée, c'est vraiment d'arriver à pouvoir construire des projets sur le long terme avec les équipes qu'on rencontre pour qu'elles puissent devenir autonomes. Dans ce contexte, on peut aussi être amenés à rencontrer leurs bénéficiaires. Mais c'est quelque chose qui est coconstruit avec l'institution »*, précise Jodie Alardot avant d'ajouter : *« On s'adapte en fonction des besoins, des demandes. »*

Des demandes qui arrivent souvent par vagues, observent les intervenant·es d'Avat Prévention. À une série d'interventions menées après le Covid autour de la consommation d'écrans succèdent des questionnements sur les usages de protoxyde d'azote, de kétamine, de cocaïne ou de produits nicotiniques (Puffs jetables, Snus[1]). *« Les demandes surviennent par le biais de la peur. Quand les gens voient deux bonbonnes de protoxyde d'azote, ils se disent que toute la région en consomme. Ce sont aujourd'hui les produits de synthèse comme le PTC[2] qui commencent à arriver »*, expliquent Dimitri et Jodie. Les sollicitations diffèrent aussi selon les publics des structures demandeuses : produits utilisés comme exutoires dans le secteur social, écrans dans les institutions pour personnes en situation de handicap, alcool et boissons énergisantes dans les entreprises, alcool, tabac et médicaments en maisons de repos. Mais quelle que soit la thématique, *« ce qui ressort souvent, c'est l'impression des professionnels de manquer de compétences*, expliquent les deux intervenant·es. *Ils pensent ne pas être à jour sur les produits et ont donc peur d'aborder ces sujets. Ce qu'on essaye de leur renvoyer, c'est qu'avant même de parler de consommations, ce sont les compétences psychosociales qu'ils doivent travailler ».*

1. Tabac à usage oral.
2. Cannabinoïde de synthèse qui se vapote à l'aide d'une cigarette électronique.

> ***« Nous sommes tous confrontés de près ou de loin à des situations de consommation, il faut pouvoir conscientiser les émotions que cela suscite chez nous. »***
> *Dimitri Berov.*

« Sortir de la diabolisation »

Tout en apportant des réponses aux interrogations des professionnel·les sur les produits et leurs effets, les intervenant·es d'Avat Prévention tentent de déplacer le centre de leur attention et de les faire se questionner sur leurs représentations. *« Qu'est-ce que, pour moi, être un consommateur ou être une personne dépendante ? Nous sommes tous confrontés de près ou de loin à des situations de consommation, il faut pouvoir conscientiser les émotions que cela suscite chez nous, et en quoi celles-ci influencent notre vision du bénéficiaire avec lequel on travaille »*, avance Dimitri Berov. Avant d'élaborer des pistes concrètes de prévention, des séances d'information mobilisent donc des concepts comme le triangle multifactoriel d'Olievenstein (une consommation dépend à la fois de la personne, d'un produit et d'un contexte), le continuum (la consommation se situe sur un spectre continu de comportements entre l'abstinence et la dépendance) ou encore l'intention positive (si une personne consomme, c'est parce qu'elle en tire des bénéfices).

« Il s'agit de nuancer les représentations et de sortir de la diabolisation. Si l'on ne parle que de consommation de produits et que l'on réduit une personne à cette consommation, il devient difficile de travailler avec elle, notamment parce qu'elle met en place des mécanismes de défense. » À l'aide d'outils ludiques et concrets, les animations proposées permettent de fabriquer, en équipe, un langage et un positionnement communs qui faciliteront ensuite la construction de pistes d'action adéquates.

Marinette Mormont

Nadja : accompagner, former et documenter

L'ASBL Nadja forme les professionnel·les de divers secteurs sur les drogues et dépendances. Elle met aussi à leur disposition des milliers de références scientifiques, outils pédagogiques et autres documents via son centre de documentation, unique dans ce domaine.

Créée en 1979 à l'initiative de familles de personnes consommatrices qui, à l'époque, ne trouvaient pas de services sociaux répondant à leurs besoins d'accueil et d'information, l'ASBL Nadja s'est ensuite développée et professionnalisée. Un secteur thérapeutique a d'abord vu le jour, se destinant aux personnes consommatrices et/ou à leur entourage. Avec le temps, Nadja a conservé dans son ADN cette attention pour les proches, que ce soit au travers des trois groupes de soutien qui leur sont adressés ou des consultations psys (en individuel, en famille ou en couple).

L'ASBL s'est aussi dotée d'un service de formation en promotion de la santé, qui propose un cycle de de formation de base de trois jours, ainsi que des formations sur mesure pour accompagner les équipes de professionnel·les qui en font la demande. De la sensibilisation d'une demi-journée à des accompagnements de plusieurs mois, en passant par des supervisions d'équipe menées en collaboration avec les psychologues du service thérapeutique, celles-ci varient selon les besoins. L'ASBL propose aussi des outils d'animations sur la plateforme en ligne « 1000 facettes » (voir encadré).

Parmi les spécificités de Nadja : l'expertise que l'association a développée autour des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Réseaux sociaux, cyberharcèlement, jeux vidéo : les enjeux liés aux écrans et aux NTIC sont abordés au sein d'accompagnements et d'un cycle de formation organisé en collaboration avec le Crésam, Centre de référence en santé mentale en Région wallonne. *« On a de plus en plus de demandes autour de l'intelligence artificielle, notamment de la part de patients qui utilisent l'IA conversationnelle*, précise Sophie Donneaux, directrice de l'ASBL. *Un comité a donc été mis en place dans l'équipe afin d'élaborer une feuille de route autour de ces questions, même si tout cela évolue tellement vite… »*

Au rang des projets du centre de documentation : une idée d'exposition sur l'histoire de la prévention des assuétudes et un projet de bibliothérapie.

Dans le cadre du collectif RAPID, Nadja, le Centre Alfa et Avat Prévention dispensent aussi des modules de cours sur les assuétudes dans des écoles supérieures (pour des futur·es éducateur·ices par exemple). Enfin, l'association développe des actions de réduction des risques en collaboration avec des acteurs liégeois et Modus Vivendi.

Alimenté depuis 1990, le centre de documentation compte aujourd'hui plus de 19 000 références.

Documenter les thématiques « drogues et dépendances »

Ce qui fait surtout la singularité de Nadja, c'est son centre de documentation[1], qui met à disposition des professionnel·les et non professionnel·les de la documentation spécialisée sur les drogues et dépendances (et thématiques connexes). Alimenté depuis 1990, il compte aujourd'hui plus de 19 000 références de tous types, parmi lesquelles des documents de plus de cent ans, de la littérature scientifique spécialisée, des affiches ou encore des outils pédagogiques.

Par le biais des demandes qu'elle reçoit, la responsable du centre de documentation Magali Company possède une vision globale des enjeux qui émergent du terrain, comme ceux liés aux consultations thérapeutiques en ligne, aux nouveaux produits qui surviennent sur le marché, aux jeux de hasard ou encore au genre (prostitution, sans-abrisme des femmes, etc.). Il y a aussi tout ce qui ne change pas, relève-t-elle : la répression, la stigmatisation, les représentations, qui sont loin d'être uniformes au sein de la population. *« Pour le tout venant, l'archétype de la personne usagère de substances demeure le consommateur de rue »*, observe-t-elle.

« Le volet répressif tend à augmenter aujourd'hui, constate-t-elle aussi. *Dans le centre de doc, nous avons des documents d'il y a 20 ans qui parlent des mêmes choses, avec le regard d'autres gouvernements : les contrats de sécurité, les contrats de quartier, etc. »* Et d'épingler le fait qu'à Liège, la police se rend toujours dans l'enseignement secondaire pour y faire de la prévention et évoque la possibilité de s'adresser bientôt aux écoles primaires. *« On a beau leur expliquer que c'est contre-productif, ils sont persuadés que s'ils ne donnent pas un signal d'alarme, de danger, ils ne sont pas efficaces ou compétents. »*

Au rang des projets du centre de documentation : une idée d'exposition (voire de publication) sur l'histoire de la prévention des assuétudes et un projet de bibliothérapie. *« Quelque chose m'a sauté aux yeux quand j'ai fait un inventaire du centre : nous avons vraiment une richesse documentaire au niveau des campagnes de prévention réalisées dans les années 70 »*, raconte Magali Company. Elle souhaiterait fabriquer, à partir de ce matériau, un outil interactif et déplaçable qui *« utilise le passé pour le mettre en résonance avec le monde d'aujourd'hui, de plus en plus sécuritaire et axé sur les images »*. Celui-ci serait aussi le témoin des évolutions du secteur et des manières de faire prévention. Les ouvrages de l'époque conservés dans le centre de documentation mettent en lumière les modifications des biais et représentations (par exemple autour des femmes consommatrices d'alcool) : *« C'est très intéressant de noter les avancées qui ont été réalisées, mais aussi les marches arrière… »*

Si le centre de documentation a initialement été constitué pour les professionnel·les et les étudiant·es, des demandes émanent aujourd'hui de certain·es patient·es ou de proches concernant la littérature-fiction. *« On s'est rendu compte qu'en la matière, le centre n'était pas très fourni et les ouvrages très vieillots : nous avons 8 exemplaires de* L'herbe bleue[2]*, 10 de Bukowski*[3]*… J'ai donc proposé à l'équipe de constituer un comité de lecture pour émettre des avis et opérer une sélection d'ouvrages que nous pourrions conseiller. Il s'agirait de permettre aux patients, à des personnes qui vivent une série de problématiques, de pouvoir avoir accès à des lectures qui leur font du bien. »* Le projet s'inscrit dans la lignée de la bibliothérapie, à savoir l'utilisation d'un ensemble de lectures sélectionnées en tant qu'outils thérapeutiques, et il privilégiera des livres accessibles, notamment sous la forme de romans graphiques.

Mille facettes*

Conçu il y a plus de dix ans sous la forme d'un outil papier, « 1000 facettes » est aujourd'hui une plateforme en ligne qui propose des repères théoriques et des outils d'animation élaborés pour permettre à des professionnel·les d'aborder avec leurs publics les questions de consommations (avec ou sans produit) et de dépendances. « 1000 facettes » s'appuie sur une vision positive de la santé et vise au développement des compétences psychosociales des individus ainsi qu'au questionnement sur les consommations et les comportements.

« Ce site permet d'acquérir une série de savoirs et de pratiques. Pour pouvoir y accéder dans son ensemble, il est nécessaire de participer à deux demi-journées de formation, l'idée étant que les personnes deviennent autonomes et se sentent compétentes pour pouvoir faire des animations en ayant en tête une série d'écueils à éviter » explique Sophie Donneaux. Les animations ont été testées au préalable avec différents publics cibles (centre de jeunes, CPAS, centre d'insertion socioprofessionnelle, etc.). Une attention particulière a été portée sur différents profils et en particulier sur les personnes ne maîtrisant pas le français.

1. Voir https://www.nadja-asbl.be/le-catalogue-en-ligne/

2. *L'Herbe bleue* (*Go Ask Alice*) est un livre publié anonymement en 1971 comme le journal intime d'une jeune fille de quinze ans. Attribué depuis lors à l'Américaine de confession mormone Beatrice Sparks, ce témoignage fictif et moralisateur dresse une chronique de la descente aux enfers d'une adolescente qui a « sombré dans la drogue » dans l'Amérique de la fin des années 60. Succès mondial, il a marqué toute une génération d'adolescent·es.

3. Charles Bukowski est un écrivain américain d'origine allemande, auteur de romans, de nouvelles et de poésie (1920-1994).

* https://www.1000facettes.be/

Edgar Szoc

Univers Santé : parler produit n'est pas un gros mot

Dans le monde de la prévention en Wallonie et à Bruxelles, Univers Santé occupe une place particulière : c'est le seul organisme adossé à une université et c'est probablement celui qui mène l'action la plus connue du grand public et par ailleurs centrée sur un produit spécifique : Tournée minérale.

Couloirs de l'UCL, rentrée 2001 : au-dessus de chaque cendrier, un écriteau « Interdiction de fumer ». Pour d'obscures raisons, la (plus tellement) nouvelle législation relative à l'interdiction de fumer dans certains lieux publics[1] est assez peu respectée.

Pour une structure surtout connue du grand public pour la campagne Tournée Minérale, l'injonction à se décentrer du produit ne tient pas du dogme absolu.

Sommée d'appliquer une législation antitabac vieille de dix ans, l'université fait appel à une structure qu'elle vient de créer : Univers Santé. C'est une des premières missions sur lesquelles travaille Martin de Duve qui vient d'y être engagé : une campagne d'affichage élaborée avec des étudiant·es en Commu et jouant sur l'absurde plutôt que sur l'injonction (une pomme affublée du slogan « Ceci n'est pas une cigarette », un cow-boy façon Marlboro enjoint de ne pas faire de cheval dans les couloirs). Le succès est immédiat : les étudiant·es décollent les affiches pour les garder - un indicateur de succès qu'aucun comité scientifique ne vous proposera jamais de cocher. Cette approche, professionnelle dans sa communication et volontairement à distance des codes classiques de la prévention, marquera durablement la manière de faire de l'association.

L'histoire avait commencé quelques années plus tôt, en 1997-98. Gabriel Ringlet, alors vice-recteur aux affaires étudiantes, commande une étude sur les besoins et attentes en matière de santé des étudiant·es. Publiée en 1999, elle pointe une série de problématiques : stress, alimentation, sédentarité, sommeil, alcool. Sur cette base, Ringlet propose la création de deux structures complémentaires : un service interne à l'université, tourné vers la médecine préventive individuelle (aujourd'hui rattaché aux services d'aide aux étudiant·es), et une association externe, capable à la fois d'obtenir des subsides propres et de bénéficier d'une liberté de ton que l'institution ne pouvait pas toujours s'accorder — sur l'avortement, les IST ou les drogues, notamment. Cette seconde structure, ce sera Univers Santé.

1. Arrêtés royaux du 15 mai 1990 et du 2 janvier 1991.

Pour Martin de Duve, qui dirige désormais l'association (et ce depuis 2007), le secteur de la prévention a parfois tendance à se vivre comme une citadelle assiégée : le monde est hostile, on défend nos positions, on n'en discute pas. Un héritage, selon lui, des combats des années 1970 pour faire reconnaître les usager·ères de drogues comme des adultes autonomes plutôt que des criminel·les endurci·es. Une série de tabous en ont émergé, dont le refus de « parler produit » afin de ne pas nourrir le mythe de la toute-puissance de ces derniers. Inutile de dire que pour une structure surtout connue du grand public pour la campagne Tournée Minérale, cette injonction à se décentrer du produit ne tient pas du dogme absolu.

Le continuum contre le tout-ou-rien

Ce refus des postures dogmatiques se prolonge dans la manière dont Univers Santé pense la dépendance elle-même. Devenu alcoologue en parallèle de la direction de l'association, Martin de Duve lui préfère une image de continuum — de la consommation festive et ponctuelle jusqu'à la dépendance sévère, en passant par toutes les nuances intermédiaires qu'on traverse, qu'on quitte, où l'on revient, au fil d'une vie. Un scoutisme un peu trop arrosé, des années d'unif où l'on « fait bien la fête », puis un verre en préparant le dîner, puis peut-être un peu plus — et puis, parfois, la décision d'arrêter, ou pas. Ce n'est pas une pente : c'est un territoire qu'on habite différemment selon les âges.

Le plaidoyer politique et médiatique : une tentative d'infléchir les cadres avant que les individus n'aient à s'y débattre seuls.

Modifier les environnements

Une conviction traverse tout le travail de l'association : le curseur de la responsabilité est trop souvent placé du côté de l'individu. On peut informer, sensibiliser, accompagner un par un — Univers Santé le fait. Mais l'essentiel se joue dans les environnements. C'est le sens de la « troisième ligne » : plaidoyer politique et médiatique, tentative d'infléchir les cadres avant que les individus n'aient à s'y débattre seuls. Un travail à contre-courant, dans une société qui n'a jamais autant individualisé les questions de santé – comme les autres.

C'est dans cette logique que s'inscrivent les trois grands projets qui représentent aujourd'hui l'essentiel de l'activité de l'association, loin devant le seul public étudiant d'origine. Tournée Minérale, d'abord, la pause collective dans la consommation d'alcool, reprise par Univers Santé en 2020 — un dispositif que certains soupçonnent de prôner l'abstinence, alors qu'une pause ne dit rien d'autre que ce qu'elle dit. Jeunes, Alcool et Société ensuite, collectif né en 2004 d'un constat de terrain — le jour où la Grand-Place de Louvain-la-Neuve s'est transformée en opération marketing, hôtesses et vodka gratuite comprises — et devenu depuis une plateforme de revendications sur la régulation du marché. Et Blaise enfin, tout juste dévoilé, qui promeut des comportements moins risqués en matière d'alcool (et autres drogues) dans les contextes festifs des 15-24 ans. À quoi s'ajoute une formation au premier secours en santé mentale, pensée comme le pendant, pour les jeunes, du brevet européen de premiers secours physiques.

Martin de Duve observe, chez les moins de trente ans, une débanalisation nette de la consommation d'alcool.

L'université, alliée, toujours ; contrainte, de temps en temps

Une ASBL née de l'université, financée en partie par elle, dont le conseil d'administration compte plus de 50 % de représentant·es de celle-ci — voilà qui devrait garantir la proximité et une petite dose d'ambivalence. À l'actif : un accès aux données probantes, et même à des enquêtes santé longitudinales taillées sur mesure auprès des étudiant·es — santé mentale, assuétudes, alimentation, vie affective et sexuelle. Au passif : la liberté de ton pensée dès l'origine reste suspendue aux rapports de force du moment.

Ce qu'on sème, sans savoir si ça pousse

Rien d'un bilan triomphal pour finir : Martin de Duve observe, chez les moins de trente ans, une débanalisation nette de la consommation d'alcool — et il ose croire, sans prétendre le prouver, que vingt ans de travail de prévention n'y sont pas pour rien. Une hypothèse modeste, formulée avec la prudence de quelqu'un qui sait qu'on sème sans jamais tout à fait voir ce qui pousse.

Marinette Mormont

Périscope : entre prévention et réduction des risques

À Tournai, les actions du service prévention & promotion de la santé Périscope de l'ASBL Citadelle oscillent entre prévention et réduction des risques, en fonction des publics et de leurs besoins. Rencontre avec Emmanuelle Doye et Célia Dubar, chargées de projets.

En 1989, compte tenu des poursuites judiciaires pour « entretien de la toxicomanie » impliquant certains médecins ayant prescrit des traitements de substitution à la méthadone à des patient·es usager·ères d'héroïne, une alliance se crée entre quatre institutions tournaisiennes : deux maisons médicales et deux services de santé mentale. L'objectif de ce nouveau dispositif, dénommé le Réseau Citadelle, consiste à assurer et défendre la prescription de traitements de substitution dans le cadre d'un groupement d'intervision pluridisciplinaire. Une personne est dès lors engagée pour coordonner le travail collaboratif entre les médecins et assistant·es sociaux·ales des maisons médicales, et les psychologues issus des services de santé mentale. Au fil du temps, ce réseau va s'étoffer et deviendra une ASBL à part entière.

Une dizaine d'années plus tard, le développement dans la région des méga-dancing, discothèques ouvertes tout au long du week-end, inquiète certaines écoles qui sollicitent à ce sujet l'AMO locale Canal J (service d'aide en milieu ouvert pour les jeunes). *« Apparemment, il y a eu un gros boom de consommation d'ecstasy, d'amphétamines, de speed, etc., qui avait des répercussions sur la scolarité des jeunes dans la région »*, rapporte Emmanuelle Doye, chargée de projets du pôle prévention & promotion de la santé de l'ASBL. À son tour, l'AMO contacte l'ASBL Citadelle et, main dans la main, les deux structures initient des actions en milieu festif au moyen, notamment, de brochures de réduction des risques. Ce partenariat entre Canal J et l'ASBL Citadelle est à l'origine du service de prévention Périscope. *« Les démarches ont ensuite évolué. Le service a commencé à réaliser des animations dans les classes auprès des jeunes, puis de la sensibilisation auprès des professionnel·les. Au départ, ces actions se centraient sur le public final des jeunes. Avec le transfert des compétences (la régionalisation de la promotion de la santé a été actée lors de la 6e réforme de l'État en 2013 et mise en œuvre en 2016, NDLR), nous nous sommes ouverts à d'autres publics. Aujourd'hui, les écoles représentent un peu moins d'un quart des demandes qui parviennent à notre service »*, explique Emmanuelle Doye.

Sensibilisations et animations

Le service de prévention & promotion de la santé Périscope répond aujourd'hui aux demandes de toute institution qui se questionne les enjeux de consommations et de dépendance. Il propose des programmes de sensibilisation auprès des professionnel·les afin de travailler sur leurs représentations (autour des substances, des addictions et dépendances, des personnes usagères de substances, des personnes dépendantes) et de fournir des informations sur les produits, leurs effets, risques et modes de consommation, ainsi que sur les principes de la réduction des risques. De ces séances de sensibilisation peuvent découler des animations auprès des publics de ces services. Celles-ci sont coconstruites avec les équipes, *« pour que cela ait du sens, que ce soit pertinent, et parce que nous partons du principe que ce sont elles qui connaissent le mieux leur public »*, précisent Emmanuelle Doye et Célia Dubar, sa collègue, également chargée de projets. Ces animations peuvent par exemple prendre la forme d'un ciné-débat, d'un débat mouvant, de séances de questions-réponses ou s'appuyer sur des outils pédagogiques.

> ***« Nous arrivons un peu avec les mêmes éléments à chaque fois, mais nous avons rarement l'impression de répéter les mêmes choses parce que les sensibilisations se basent sur les échanges que nous avons avec ce groupe-là, à ce moment-là. »***
>
> *Emmanuelle Doye et Célia Dubar*

La petite équipe de Périscope réinvestit également le milieu festif en collaboration avec Modus Vivendi (entre autres par sa présence au So W'happy Festival) et participe au projet « Dispositif d'accès au matériel stérile d'injection et d'inhalation » (DAMSI2), un dispositif mobile qui s'adresse à un public en grande précarité en mettant à sa disposition du matériel de consommation stérile, mais aussi du matériel d'hygiène et lié aux plans « grand froid » ou « grande chaleur » (gants, chaufferettes, casquettes, eau, crème solaire, etc.).

Des publics très variés

CPAS, service d'urgence hospitalier, services d'aide familiale ou de réinsertion par le travail, entreprise de travail adapté, maison d'accueil ou maison de transition : *« Nous travaillons avec des profils de professionnel·les très variés. Certain·es ont très peu de notions, que ce soit sur les produits, sur les questions de santé, sur les démarches de promotion de la santé ou de réduction des risques. Iels sont vraiment dans un esprit de découverte de notre milieu de travail*, expliquent les deux chargées de projets. *D'autres sont plus averti·es. Nous avons par exemple travaillé avec les agent·es pénitentiaires et le service psychosocial de la prison de Tournai, qui ont un bagage plus important, et avec lesquel·les nous avons beaucoup échangé. »*

« Chaque accompagnement d'équipe est donc assez unique, poursuivent-elles. *Nous arrivons un peu avec les mêmes éléments à chaque fois, mais nous avons rarement l'impression de répéter les mêmes choses parce que les sensibilisations se basent sur les échanges que nous avons avec ce groupe-là, à ce moment-là. »*

La collaboration mise en place avec la maison de transition d'Enghien est illustrative de la manière de travailler du service Périscope. Parmi les outils présentés aux professionnel·les, figurait Toxocity, un jeu inspiré du Monopoly, développé par un groupe d'ancien·nes ou actuel·les consommateur·ices mis en place par le CAL Luxembourg. Contrairement au Monopoly, son objectif *« n'est pas de ruiner ses adversaires, mais de garder suffisamment de points santé et d'argent pour pouvoir vivre décemment »*[1].

En le testant avec l'équipe de professionnel·les, *« on s'est rendu compte qu'il n'était pas vraiment adapté. Ils ont décidé de garder l'outil, et d'adapter les règles et manières de jouer pour qu'il convienne à leur public et à leur structure*, relatent Emmanuelle Doye et Célia Dubar. *Nous continuons à les accompagner dans ce sens »*.

1. https://www.calluxembourg.be/2021/07/05/toxocity-les-usagers-de-drogue-entrent-en-jeu/

Pas de solution miracle

Les actions de Périscope naviguent constamment entre prévention et réduction des risques, s'adaptant aux publics auxquels elles s'adressent. *« On peut être dans un discours de prévention avec un public plus jeune ou plus novice par rapport à certaines consommations. Si une personne nous parle clairement de consommation pendant une animation ou une sensibilisation, on va peut-être se positionner davantage dans un discours de réduction des risques »*, expliquent les chargées de projets.

« Ce qui est parfois compliqué, c'est de nous retrouver face à un public d'adultes inquiets pour des jeunes et qui attendent de nous de venir dire aux jeunes que consommer, "ce n'est pas bien", que c'est grave ou dangereux. Ces personnes se sentent dans l'urgence et souhaitent parfois une solution miracle. Or, même si nous comprenons et partageons l'inquiétude de ces adultes, ce n'est pas forcément nous qui allons changer ou faire changer les comportements de leur public. Si c'était magique, l'existence de nos services n'aurait plus de sens. Il s'agit d'un travail de longue durée et où chaque acteur·ice présent·e auprès des jeunes peut venir renforcer un discours d'attention. » Au cours de ses interventions, l'équipe de Périscope travaille la question des assuétudes dans une optique positive. Elle s'efforce de donner un maximum d'informations objectives afin que les personnes sensibilisées puissent devenir actrices de leur santé et faire leurs choix en connaissance de cause.

> ***« Si c'était magique, l'existence de nos services n'aurait plus de sens. »***
>
> *Emmanuelle Doye et Célia Dubar*

Marinette Mormont

Le Pélican : favoriser le bien-être et la sécurité au travail

Au sein de la palette d'activités proposées par Le Pélican (voir encadré), la prévention des drogues et addictions en milieu professionnel constitue une spécificité[1]. Décryptage des enjeux.

Marie-Gabrielle Kerger est responsable prévention et gestion alcool, tabac et autres drogues en milieu de travail. Sa collègue Eva Pigeon (chargée de projets et formatrice) et elle répondent aux demandes émanant d'entreprises publiques ou privées qui s'interrogent sur les questions de consommations, que celles-ci soient récurrentes ou occasionnelles, qu'elles se déroulent sur le lieu de travail, voire découlent des conditions de travail, ou qu'elles aient lieu dans la sphère privée tout en affectant la santé, le bien-être et la sécurité au travail. Des demandes qui font souvent suite à des consommations répétitives problématiques, à un accident de travail, ou à une interpellation de conseiller·ères en prévention, de syndicats ou du service des ressources humaines.

Les sollicitations qui parviennent au Pélican concernent, par ordre d'importance, la consommation d'alcool, de médicaments psychotropes puis celle de substances illégales. *« Certains produits sont davantage consommés dans certains secteurs, notamment parce que les fonctions des consommations vont dépendre des conditions de travail. On peut très bien avoir recours à des produits pour rester éveillé plus longtemps dans le cadre d'une profession à horaires décalés, à d'autres pour trouver le sommeil, pour faire face à des situations émotionnelles compliquées ou encore parce qu'on est soumis à un grand stress lié à des objectifs et des responsabilités très importants. Mais la consommation de produits, on la retrouve partout »,* précise Marie-Gabrielle Kerger, qui souligne l'importance de sensibiliser les employeur·euses aux conditions de travail qui peuvent favoriser ces consommations.

La nature des demandes évolue avec le temps et est fonction de divers facteurs, entre autres une plus ou moins grande disponibilité et acceptabilité du produit (celles de l'alcool ont diminué sur les lieux de travail), les changements relatifs aux obligations légales auxquelles sont soumis·es les employeur·euses (*« Nous avons de plus en plus de demandes qui font suite au résultat d'une analyse des risques »*) ainsi que les évolutions des consommations dans la population générale (comme l'augmentation de celles de cannabis ou de médicaments psychoactifs, pour lesquels on observe *« une plus grande difficulté des employeurs à se sentir légitimes à intervenir car ils relèveraient de la sphère médicale »*).

> ***« Certains produits sont davantage consommés dans certains secteurs parce que les fonctions des consommations vont dépendre des conditions de travail. Mais la consommation de produits, on la retrouve partout. »***
> *Marie-Gabrielle Kerger*

1. Pour en savoir plus, lire KERGER M.-G., Alcool, psychotropes et travail : accompagner les employeurs, *Drogues. Santé. Prévention* n° 87, octobre 2019 : https://prospective-jeunesse.be/articles/alcool-psychotropes-et-travail-accompagner-les-employeurs/

Au cas par cas, l'approche développée se veut interactive, participative, globale, décentrée des produits et axée sur le bien-être au travail. Elle peut passer par une sensibilisation des travailleur·euses (générale ou plus spécifique au milieu de travail), une formation des responsables, une formation des intervenant·es psycho-médico-sociaux·ales (conseiller·ères en prévention, médecins du travail, assistant·es sociaux·ales, personnes de confiance, etc.) et/ou un accompagnement des employeur·euses pour l'élaboration d'une politique de prévention.

La CCT 100, qui a pour objet la « mise en œuvre d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise »[2], applicable à l'ensemble du secteur privé mais qui peut servir de source d'inspiration pour le public, constitue le texte de référence pour clarifier le cadre. *« On est sur une ligne rouge entre vie privée et vie professionnelle. C'est donc important qu'il y ait un règlement, que les responsabilités, rôles et limites de chacun soient clairement définis suivant les types de situations, qu'il y ait aussi une réflexion concernant l'aide qui peut être apportée, soit aux personnes qui ont une consommation récurrente ou problématique, soit aux personnes qui sont impactées par ces consommations »*, poursuit Marie-Gabrielle Kerger.

Parmi les freins relevés pour la mise en place de ces projets : le climat social de l'entreprise qui n'est pas forcément propice à la concertation, ainsi que le temps nécessaire et les coûts engendrés (qui sont pourtant toujours largement supérieurs une fois la problématique installée). *« Il y a aussi la perception que, finalement, on n'a peut-être pas été confronté (ou pas très souvent) clairement à des consommations problématiques. En revanche, le jour où ça arrive, cela a des conséquences sur beaucoup de personnes. »*

2. Celle-ci comporte deux volets. Le premier, obligatoire, contraint l'employeur à faire une « déclaration d'intention » et à se positionner par rapport à la problématique. Le second, facultatif, concerne la mise en œuvre d'une politique de prévention. https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-%C3%AAtre%20au%20travail/R%C3%A9glementation/CCT100.pdf

Accompagnements de projets, animations, formations

Le Pélican est un service actif en matière de drogues et addictions agréé par la COCOF depuis 2001. Composé de 14 travailleur·euses, principalement des psychologues, il propose des consultations (thérapies individuelles, de couple ou en famille), des groupes de parole, de la sophrologie dynamique, des consultations psychosociales et une aide en ligne[1], pensée selon le modèle du *step-care* (en différentes étapes que sont l'information, les outils de *self-help* et un accompagnement individualisé par *chat* de 12 semaines). Cet accompagnement en ligne anonyme et gratuit, destiné aux personnes rencontrant une difficulté avec l'alcool ou avec les jeux d'argent, permet de toucher un public différent de celui des services de santé mentale classiques de par son anonymat et la flexibilité qu'il permet en termes d'accessibilité horaire et géographique.

Parmi les autres activités de la structure figurent des formations pour les professionnel·les de première ligne psycho-médico-sociale sur les addictions à différents produits, aux jeux d'argent et à l'alcool en particulier[2], ainsi que des accompagnements de projets et des animations dans les écoles ou d'autres organismes travaillant avec des jeunes ou des adultes (par ex. des mutualités ou un home pour personnes âgées) en Région de Bruxelles-Capitale.

Parmi les singularités des actions du Pélican : certaines des animations portant sur la consommation d'alcool et d'autres drogues s'adressent directement à des jeunes (scouts, écoles, maisons jeunes ou centres d'hébergement), là où d'autres associations de prévention se concentrent sur la formation des professionnel·les afin que ces derniers deviennent eux ou elles-mêmes acteur·ices de prévention. *« Quand on travaille avec des publics finaux, principalement les jeunes, on met comme condition la nécessité d'une implication des publics relais. Cela passe souvent par une sensibilisation de l'équipe éducative. Cela n'aurait pas de sens de réaliser une animation pour les élèves si on ne réfléchit pas par ailleurs au cadre, au contexte »*, précise Valentine Teller, formatrice et chargée de projets au Pélican depuis 19 ans.

Le travail en réseau avec d'autres associations de prévention autour de projets spécifiques constitue une autre particularité du Pélican. Parmi eux : la formation et l'accompagnement d'adultes-relais au sein du réseau « Anim'acteurs », le projet « T'inquiète, je gère » (formation des professionnel·les du campus du Céria à Anderlecht, mise sur pied d'un parcours de 2 heures à destination des élèves, événement festif avec des associations ressources comme le PMS, des AMO ou la Plateforme prévention sida) ou encore le projet « B(l)ack-Out »[3] (outil participatif sous la forme d'un escape game à destination des jeunes).

La promotion de la santé est au cœur des approches déployées : *« Si nous observons des évolutions dans les produits consommés, on ne va pas vraiment se focaliser sur ceux-ci,* détaille Valentine Teller. *C'est important que les professionnels se sentent à l'aise et en connaissent un minimum pour savoir ce qui est consommé et pouvoir en discuter. Mais on va axer notre travail sur les raisons de consommer, ce qui fait que l'on se sent bien, les besoins qui doivent être satisfaits. Par exemple, chez les jeunes, on travaille l'influence du groupe et les compétences psychosociales. »*

1. Voir les sites alcool.aide-en-ligne.be et joueurs.aide-en-ligne.be

2. « Mes choix » est un programme comportementaliste en différentes étapes pour accompagner les personnes qui ont des problèmes de consommation, qui veulent diminuer ou arrêter. L'objectif est de fournir un outil aux personnes qui veulent réguler leur consommation. Le Pélican forme les professionnel·les de première ligne à cet outil développé au Canada, en Suisse, en France et en Belgique.

3. TEYSSANDIER A., B(l)ack Out : prévenir les risques liés à la fête, *Drogues. Santé. Prévention* n° 111, juillet-septembre 2025 : https://prospective-jeunesse.be/articles/black-out-prevenir-les-risques-lies-a-la-fete/

Marinette Mormont

Fares : de la prévention tabac à celle des nouveaux produits

Outre ses activités de prévention et de gestion du tabagisme, le Fares est amené à diversifier ses modes d'action pour faire face au déferlement des produits nicotiniques vendus illégalement en ligne. Rencontre avec Élise Willame, cheffe du service prévention tabac.

À côté de son service tuberculose chargé d'organiser le dépistage et d'améliorer la prise en charge des patient·es tuberculeux·euses, le Fonds des affections respiratoires (Fares) comprend un service prévention tabac qui, en Wallonie comme à Bruxelles, *« accompagne les professionnels des secteurs de la santé, de l'éducation et du social dans leurs démarches de promotion de la santé et de prévention du tabagisme »*.

553 tabacologues ont été formé·es depuis 2001 dans le cadre de la formation en tabacologie organisée par le Fares et Respiratoire Gezondheid.

Accompagnements de la mise en œuvre de projets de prévention « tabac » ou « nouveaux produits nicotiniques », ainsi que de la trentaine de centres d'aide aux fumeurs (accolés à des hôpitaux, ils font le suivi des fumeur·euses en ambulatoire ou en hospitalier), co-animation d'ateliers de sensibilisation et organisation de formations diverses (aux outils développés par l'association, à l'entretien motivationnel, à la santé mentale, aux nouveaux produits, etc.) : le Fares déploie une panoplie d'activités qui s'adressent aux professionnel·les de différents milieux de vie et de travail (communes, maisons médicales, écoles, centres locaux de promotion de la santé, scoutisme, etc.). Rien que pour l'année 2025, l'ASBL a 188 accompagnements et 76 formations dispensés à son actif.

553 tabacologues ont également été formé·es depuis 2001 dans le cadre de la formation en tabacologie organisée par le Fares et son asbl sœur, Respiratoire Gezondheid. À raison de 8 journées en une année, cette formation chapeautée par le Comité scientifique interuniversitaire en gestion tabagique (CSIGT) permet aux professionnel·les de la santé de se lancer dans des consultations spécialisées en tabacologie remboursées par les Régions (Aviq, Iriscare). Un répertoire de tabacologues a aussi été dressé afin de mettre en relation des personnes en recherche d'aide et des professionnel·les formé·es en la matière.

« Sans filtre » : tout savoir sur les puffs, les snus et les vapes

Le Fares mène également des activités de plaidoyer à destination du monde politique et organise des campagnes de prévention grand public : « Mai le paquet » à l'occasion du mois sans tabac en Wallonie, la « Semaine sans tabac et vape » à Bruxelles et « Sans filtre », une campagne de prévention *« par et pour les jeunes »* lancée en 2025 autour des nouveaux produits à base de nicotine[1].

1. https://sansfiltre.info/

« On s'est rendu compte que les jeunes achètent des produits sur TikTok ou sur Instagram et qu'ils ne savent pas ce qu'ils consomment en termes de taux de nicotine. »

Élise Willame

« Cette campagne d'information a vu le jour parce qu'on s'est rendu compte que les jeunes achètent des produits sur TikTok ou sur Instagram et qu'ils ne savent pas ce qu'ils consomment en termes de taux de nicotine. Aujourd'hui, l'industrie du tabac va très loin. Elle écrit 'No Nic' sur certains produits qui sont en fait composés de nicotine de synthèse qui est très addictive, illustre Élise Willame. *Notre objectif, c'est de leur donner de bonnes infos pour qu'ils sachent ce qu'ils consomment et qu'ils soient plus responsables de leurs choix. »*

La campagne a été conçue avec des jeunes de l'Institut Saint-Luc, une école secondaire de Mons. Des élèves y ont été sensibilisé·es et des ambassadeur·ices recruté·es recrutés afin d'imaginer un titre et des contenus pour un site internet et une campagne digitale. *« Notre chargée de communication se déplace dans divers événements et crée des contenus pour les réseaux sociaux. Elle filme les jeunes alors qu'elle leur montre les produits et le taux de nicotine qu'ils contiennent. Les jeunes repartagent ces vidéos, dont certaines sont devenues virales »*, poursuit Élise Willame.

Puffs jetables fortement dosés, e-cigarettes contenant des cannabinoïdes de synthèse (« Pète ton crâne », PTC), sachets de tabac en poudre (Snus) ou de sels de nicotine (Pouches, fréquemment utilisés dans les milieux sportifs) : ces produits interdits à la vente et fortement addictifs affluent sur Internet et les réseaux sociaux depuis 2020, et l'industrie du tabac rivalise d'imagination pour séduire de nouveaux clients parmi les jeunes. Les Smart vapes, appareils hybrides qui combinent le vapotage avec des fonctionnalités dignes d'un smartphone en font partie, provoquant un risque d'addictions croisées. *« C'est assez inquiétant. Nous sommes de plus en plus appelés par des écoles qui ne savent pas comment réagir face à des deals de puff dans les toilettes ou des jeunes qui consomment déjà à l'âge de 11 ans. Nous travaillons aussi beaucoup avec les tabacologues en Wallonie et à Bruxelles. Ceux-ci constatent que les hôpitaux reçoivent beaucoup de jeunes qui arrivent pour faire un sevrage. »*

« Tenir ces produits à l'œil »

Pour le Fares, la e-cigarette peut être un outil de réduction des risques pour le sevrage du tabac en troisième intention, à savoir en cas d'échec avec des substituts nicotiniques et des médicaments. *« Mais on dit toujours qu'elle doit être accompagnée par un tabacologue. L'idée, ce n'est pas d'utiliser la cigarette électronique à vie, c'est de se sevrer aussi de ce dispositif-là. D'autant plus qu'on commence à avoir de plus en plus de recul : des études commencent à arriver, démontrant que la e-cigarette n'est pas sans risque »*, précise Élise Willame, avant d'ajouter : *« Chez les jeunes, tous ces nouveaux produits nicotiniques sont considérés comme une porte d'entrée vers d'autres produits. »* Selon l'angle choisi et les publics touchés, le Fares jongle donc avec des positionnements oscillant *« entre la réduction des risques et la prévention des consommations en promotion de la santé. On fait vraiment attention à nos propos. Il faut tenir ces nouveaux produits à l'œil »*.

Aux origines du Fares*

Les racines du Fares remontent au tournant des XIXe et XXe siècles. À cette époque, trois associations ont vu le jour afin d'organiser le dépistage et la prise en charge de la tuberculose, les XVIIIe et XIXe siècles ayant été marqués par un taux de mortalité liée à cette maladie infectieuse de 25 % dans les villes européennes. Jusqu'aux années 1950, les patient·es qui en étaient atteint·es étaient orienté·es vers des sanatoriums, faute de traitement médicamenteux disponible.

En 1930, l'Œuvre nationale belge de défense contre la tuberculose a été créée. Chargée d'élaborer et d'appliquer un plan de lutte contre la tuberculose, elle est devenue « conseiller scientifique » du gouvernement en 1972, avant d'être scindée en deux organismes communautaires en 1982.

En 1983, côté Communauté française, l'Œuvre de défense contre la tuberculose a été remplacée par la Fondation contre les affections respiratoires et pour l'éducation à la santé (Fares), avec pour ambition *« de réorienter les ressources de la lutte antituberculeuse vers des objectifs additionnels : les affections respiratoires chroniques, le tabagisme et l'éducation pour la santé »*. Depuis 1986, l'équipe du service prévention tabac *« met ses compétences au service des professionnels-relais des secteurs de l'éducation, de la santé et du social »*. Ses actions de coordination, sensibilisation, diffusion, formation et animation en matière de prévention et d'aide à la gestion du tabagisme s'inscrivent dans une perspective de promotion de la santé.

* https://www.fares.be/historique

Marinette Mormont

Infor Drogues & Addictions : la prévention en trois dimensions

Chez Infor Drogues & Addictions, le travail de l'équipe de prévention se déploie aujourd'hui autour de trois axes : l'accompagnement institutionnel, le plaidoyer politique et l'implémentation d'une expérimentation locale du modèle islandais.

Fondée en 1971 à l'initiative de la Ligue des familles, d'Infor Jeunes, du Centre antipoison, de la Ligue nationale belge d'hygiène mentale, du Service de psychologie médicale de l'ULB et de personnalités du monde scientifique et social, l'ASBL Infor-Drogues (aujourd'hui Infor Drogues & Addictions) a été le premier centre d'aide et de prévention en matière de drogues ouvert en Communauté française[1]. S'il est connu que l'abbé Stoop en fut l'un des initiateurs, l'association s'est, dès ses origines, enracinée dans le pluralisme, avec des représentant·es des piliers laïque et chrétien. *« Au début, elle n'était quasiment constituée que de militants et bénévoles. Au fil du temps, elle s'est professionnalisée et les modalités du travail social ont évolué »*, commente son directeur Rocco Vitali.

Au cours de son histoire[2], Infor Drogues & Addictions a notamment été : un service de prescription de méthadone (de 1977 à 1980) ; à l'origine de la création de l'Orée, centre de jour pour personnes usagères de drogues (1983) ; un centre de documentation (1999-2017) ; un service d'accompagnement des institutions par son équipe prévention (créée en 1992) ; une permanence téléphonique ; ainsi qu'un espace de consultations (pour les consommateur·ices, leurs proches, et pour les personnes LGBTQIA+ et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, autour des usages sexualisés des drogues et festifs).

La ligne téléphonique d'Infor Drogues & Addictions constitue une particularité de l'ASBL depuis sa création. *« Jusqu'en 2013, l'ASBL était joignable 24 heures sur 24, dans l'esprit de Télé Accueil. Depuis, nous nous sommes émancipés de cette logique de travail social d'urgence : nous avons évolué vers une écoute qui est davantage de l'ordre d'un accompagnement psychosocial. Les appels peuvent se prolonger durant une demi-heure voire trois quarts d'heure et donnent régulièrement lieu à des consultations en présentiel »*, résume Rocco Vitali.

> ***« Les professionnels sont toujours un peu tiraillés entre leurs objectifs d'inclusion sociale ou éducatifs et le contexte prohibitif ou d'interdiction de produits légaux dans leurs institutions. »***
> *Augustin Delvaux*

1. Voir son historique sous forme de ligne du temps sur https://infordrogues.be/a-propos/historique/

2. *Ibidem*

Au total, le service ambulatoire de consultations et d'accompagnement téléphonique a répondu en 2025 à 2 144 appels (en provenance d'usager·ères dans 48,5 % des cas, de l'entourage dans 43,9 % des cas) et a réalisé 1 072 consultations (dont 68 % avec des usager·ères). Autre initiative à l'ordre du jour : la mise sur pied de groupes de parole pour les proches de personnes consommatrices.

Prévention : un triptyque

Ancrées à l'origine dans le champ de l'éducation permanente, les actions de l'équipe de prévention de l'ASBL ont évolué vers des démarches en promotion de la santé. Elles se déploient selon trois axes : l'accompagnement institutionnel, le plaidoyer politique et l'implémentation d'une expérimentation locale du modèle de prévention islandais (MPI) dans le cadre d'un projet pilote.

À Bruxelles et en Wallonie, ID&A répond aux demandes des institutions (écoles, centres pour demandeur·euses d'asile, services de l'aide à la jeunesse, etc.) et s'efforce de renforcer le pouvoir d'agir des adultes relais autour des questions de consommation, avec ou sans produits. *« L'idée, c'est de leur apporter une autre lecture de ces différents comportements pour qu'ils puissent mettre en place des actions adaptées à leur réalité institutionnelle »*, synthétise Augustin Delvaux, formateur.

L'un des constats tirés de ces accompagnements *« est que les professionnels sont toujours un peu tiraillés entre leurs objectifs d'inclusion sociale ou éducatifs et le contexte prohibitif ou d'interdiction de produits légaux dans leurs institutions. Ils sont pris dans des enjeux un peu contradictoires »*, rapporte le formateur. D'où l'émergence d'un nouveau projet, en Région wallonne, qui a pour ambition de visibiliser les réalités de ces travailleur·euses de première ligne, de faire remonter leur parole et de dégager des recommandations.

« Notre société et les institutions sont bourrées d'interdictions. Ces professionnels sont d'accord pour dire que la répression ne fonctionne pas. La difficulté, c'est : comment créer de nouveaux paradigmes ? C'est beaucoup plus compliqué qu'il n'y paraît. Nous sommes donc allés chercher des témoignages, en Belgique et à l'étranger, de personnes qui ont tenté de mettre en place des modèles alternatifs de gestion des consommations de drogues à l'échelle de leur institution. Il ne s'agit donc pas de présenter d'autres modèles législatifs, mais plutôt des pistes concrètes qui montrent comment il est possible de fonctionner autrement au niveau d'une institution », explicite Augustin. Les résultats de ce travail seront présentés en automne 2026 aux personnes qui ont pris part aux groupes de réflexion mis en place avec l'aide des centres locaux de promotion de la santé (CLPS) en Wallonie, avant de faire l'objet, en 2027, d'un événement plus large.

Troisième volet du triptyque, la mise en œuvre dans le cadre d'un projet pilote de deux ans du modèle de prévention islandais[3] sur un territoire restreint, la commune de Gembloux, avec l'ambition de l'étendre ensuite à d'autres réalités locales et régionales. Ce modèle de prévention, expérimenté en Islande puis exporté dans de nombreux pays, s'appuie sur la modification des facteurs sociaux et environnementaux (accès aux activités sportives, qualité du temps passé avec les parents, amélioration de l'environnement scolaire) pour faire évoluer à la baisse la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances chez les jeunes. Le projet pilote est évalué par le centre Esprist de l'Université de Liège en vue de tester la possible transportabilité du modèle vers d'autres territoires wallons. *« Nous en sommes à la phase de diagnostic, d'analyse des données récoltées via un questionnaire auquel ont répondu près de 500 jeunes issus de 3 écoles et 1 AMO. Ces données sont précises et significatives, et nous avons eu un premier retour à leur sujet de Planet Youth, l'organisme qui labellise le projet »*, expliquent Augustin et Rocco. Une coalition a aussi été formée afin de rassembler différents acteurs locaux autour du projet, avec laquelle des actions concrètes seront élaborées sur la base des résultats de l'enquête.

3. SZOC E., Le « Modèle islandais » : les rythmes communautaires au service de la prévention, *Drogues. Santé. Prévention* n°98, juin 2022 : https://prospective-jeunesse.be/articles/le-modele-islandais-les-rythmes-communautaires-au-service-de-la-prevention/ ; GUIHENEUF C., Prévention des assuétudes : Une analyse critique du modèle islandais dans une perspective de transférabilité au contexte belge, UCLouvain/IRSS-RESO, février 2024 : https://www.uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/news/prevention-des-assuetudes-une-analyse-critique-du-modele-islandais-dans-une-perspective-de

Informer le grand public

Parmi les évolutions observées au sein de l'ASBL : la survenue d'inquiétudes concernant des comportements et dépendances sans consommation de produits (smartphone, écrans, jeux d'argent), raison pour laquelle Infor-Drogues est devenue, en 2024, Infor Drogues & Addictions. Autre constat : l'augmentation du nombre de demandes d'accompagnement, d'appels téléphoniques et de consultations. Dans un contexte où les déterminants sociaux et l'accès aux services se dégradent, les organisations *« qui s'occupent de ces publics se sentent vite dépassées quand elles sont confrontées à un problème d'addiction »*, pressentent les travailleurs d'ID&A.

Face à la dimension anxiogène générée par les discours médiatiques, notamment autour d'événements liés au trafic de substances dans l'espace public, ID&A se donne aussi pour mission de diffuser via son site et ses réseaux sociaux une information fondée et la plus exhaustive possible sur les produits, la réduction des risques, les actualités du secteur, les projets en cours. *« Nous souhaitons communiquer vers le grand public tout en nous décalant de la vulgate médiatique générale au sein de laquelle la drogue = pipe à crack, personnes sans abri et mitraillettes. Nous devons diffuser le message que les addictions concernent toute la population »*, conclut Rocco Vitali.

Bibliographie

par Marinette Mormont

Prévention, quo vadis ?

Dépendances n° 66, Addiction Suisse & GREA, décembre 2019

Ce numéro de la revue suisse *Dépendances* décrypte les nouveaux défis de la prévention. Parmi ceux-ci, les nouveaux produits et les comportements à risques sans produits, les opportunités et les écueils de la digitalisation pour de nouvelles pratiques de prévention en ligne, la prise en compte des questions de genre au sein des projets de prévention ou encore l'accessibilité des interventions pour les groupes les plus vulnérables et donc l'égalité des chances en matière de santé. Le dossier rappelle aussi l'importance de l'approche expérientielle, qui « *s'intéresse au sens que les personnes donnent à leurs actions afin que leur expérience devienne l'une des ressources principales des stratégies préventives* ». Au-delà de ces enjeux, surgit une équation complexe, observe-t-on dans ce dossier : si plusieurs études ont bien démontré l'efficacité économique de la prévention, les acteur·ices de la prévention sont constamment amené·es à décider où utiliser les ressources restreintes afin que celles-ci aient un impact maximal sur les personnes les plus vulnérables.

https://grea.ch/revue/dependances-66-prevention-quo-vadis/

Prevention gone wrong

KOŠIR M., Prevention gone wrong. The Do's, Don'ts, and the Common-Sense Lessons in Drug Prevention for Children and Youth, UTRIP, Ljubljana, 2025.

Au cours des dernières décennies, les efforts déployés en matière de prévention se sont souvent montrés inefficaces. Ils ont même parfois causé plus de tord que de bien. Dans son récent ouvrage, *Prevention gone wrong*, Matej Košir met en lumière les stratégies contre-productives (tactiques par la peur, campagnes sur la base de la loi ou du jugement moral, etc.) ou insuffisantes (diffusion d'informations sur internet ou par le biais d'expert·es par exemple). Se présentant comme un guide pratique adressé aux parents, aux politiques ou encore aux professionnel·les de la prévention, cette publication fournit en contrepoint des conseils et la présentation de pratiques fondées sur les recherches scientifiques. Matej Košir est directeur de l'Institut de recherche et de développement UTRIP en Slovénie et coordonne le réseau national « Prevention Platform ».

Position de la European Society for Prevention Research (ESPR)

Position of the European Society for Prevention Research on ineffective and potentially harmful approaches in substance use prevention, ESPR, 2019

Dans sa prise de position, la Société européenne pour la recherche en prévention attire également l'attention sur le fait que les méthodes de prévention recourant à des « tactiques de choc » sont inefficaces. « *Aujourd'hui, la science de la prévention nous a fourni des connaissances et des outils solides pour prévenir la consommation de substances et promouvoir des comportements alternatifs qui soient sûrs et qui ne nuisent pas à nos jeunes. L'implication de la société civile dans la prévention ne doit pas signifier que n'importe qui peut concevoir et mettre en œuvre des interventions de prévention à grande échelle* », avertit-elle. Ce document présente les sources européennes où sont répertoriées les pratiques fondées sur les sciences telles que Xchange registry (EUDA), International Standards of Drug Use Prevention (UNODC) et le European Prevention Curriculum (EUDA).

https://euspr.org/2019/10/22/position-euspr-on-harmful-approaches/

DROGUES SANTÉ PRÉVENTION

À l'occasion des 30 ans de la revue, nous vous invitons à partager votre avis

La revue ***Drogues Santé Prévention*** évolue, et c'est avec vous que nous souhaitons la construire. Afin de mieux répondre à vos attentes et toucher un public plus large, **nous vous invitons à participer à un focus groupe** : une rencontre conviviale de 2 heures, en petit groupe (3 à 10 personnes), pour échanger librement sur votre expérience de lecture de la revue, **partager vos idées pour les prochains numéros et réfléchir ensemble comment mieux parler des drogues et addictions aujourd'hui.**

les 9 ou 12 novembre, de 16 h à 18 h à Bruxelles

Votre participation sera rémunérée à hauteur de 20 €

les 18 ou 19 novembre, de 16 h à 18 h à Namur

Si aucune de ces dates ne vous convient, mais que vous souhaitez malgré tout nous faire part de votre avis, nous pouvons également organiser un entretien téléphonique individuel.

Inscrivez-vous en scannant le QR code ou via ce lien.

Date limite d'inscription : le 3 novembre 2026

Une question ?

N'hésitez pas à nous contacter : **marinette.mormont@prospective-jeunesse.be**

ABONNEZ-VOUS

L'abonnement,
en ligne ou en papier,
est **gratuit**



dsp
DROGUES
SANTÉ
PRÉVENTION

Avec le soutien de la Fondation Denise et Christian de Boeck et de :

Wallonie familles santé handicap AVIQ

Francophones Bruxelles