

RECHERCHE SUR L'ALCOOL

L'ALCOOL ET LES JEUNES ÉTUDE CONTEXTUELLE ET AXES PRATIQUES

**Chercheuses
Murielle NORRO
Noëlle VLAEMINCK**

Avec la participation de Pascale ANCEAUX (Coordinatrice du Service de Prévention), Philippe BASTIN (Directeur), Antoine BOUCHER (Coordinateur de la Communication), Maurizio FERRARA (Coordinateur du service de permanence téléphonique et électronique/consultations).

Recherche commanditée par Monsieur Benoît CEREXHE, membre du Collège de la Commission Communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale en charge de la santé.

Décembre 2008 – Novembre 2009

L'ALCOOL ET LES JEUNES : **ETUDE CONTEXTUELLE ET AXES PRATIQUES**

Remerciements

Nous remercions les équipes d'Infor-Drogues, les membres du Groupe porteur « Jeunes, Alcool et Société », les différents professionnels rencontrés lors de l'étude de terrain.

RECHERCHE SUR L'ALCOOL

L'ALCOOL ET LES JEUNES ETUDE CONTEXTUELLE ET AXES PRATIQUES

INTRODUCTION GENERALE

PARTIE I : LES CONTEXTES

I. LE CONTEXTE LEGISLATIF : LES ASPECTS POLITIQUES ET LEGISLATIFS

1.1. Introduction

1.2. Les politiques en matière d'alcool : visées générales, objectifs et mesures

1.2.1. Au niveau international

1.2.2. Au niveau européen

1.2.3. Au niveau national

1.2.3.1. La déclaration conjointe de 2007 sur la « future politique en matière d'alcool » et le PANA

1. Des mesures relatives à la disponibilité

2. Des mesures relatives à la législation

3. Des mesures relatives au marketing et à la publicité

4. Des mesures relatives à l'alcool au volant

5. Des mesures relatives à la politique des prix

6. Des mesures relatives à certains groupes cibles

1.2.3.2. Débats en ce qui concerne la coordination, les compétences et la concertation

1.3. Synthèse sur la législation fédérale belge actuelle (lois, arrêtés, sanctions)

II. LE CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE : APERCU DES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES EN MATIERE DE CONSOMMATION D'ALCOOL

2.1. Consommation d'alcool parmi les jeunes

2.1.1. Consommation régulière

2.1.2. Consommation abusive

2.1.3. Consommation abusive régulière

2.2. Consommation d'alcool parmi les adultes

2.2.1. Consommation régulière

2.2.2. Consommation abusive

2.2.3. Consommation abusive régulière

2.2.4. Problèmes liés à la consommation d'alcool

2.3. Synthèse

III. LE CONTEXTE CLINIQUE

3.1. Impacts et conséquences d'une consommation problématique ou abusive d'alcool

- 3.1.1. Introduction
- 3.1.2. La question de la dépendance
- 3.1.3. La substance et ses effets
 - 3.1.3.1. Impacts sur le corps
 - 3.1.3.2. Impacts au niveau social
- 3.1.4. Un modèle pour penser les déterminants de la consommation d'alcool

3.2. A la rencontre du terrain : des pistes et des enseignements saillants

- 3.2.1. Introduction
 - 3.2.1.1. Démarche méthodologique
 - 3.2.1.2. Introduction à la problématique clinique
- 3.2.2. Alcoologie, formation et spécialisation
- 3.2.3. Série d'observations relatives à la prise en charge et l'organisation des soins
 - 3.2.3.1. Entre services de soins « généraux » et structures spécialisées de prise en charge
 - 3.2.3.2. Les publics : des tendances par rapport à la population « générale »
 - 3.2.3.2.1. « L'alcool concerne tout le monde » : tendances et catégories de la population concernée
 - 3.2.3.2.2. « L'alcoolisme est un symptôme transversal » : le « phénomène » de l'alcoolisme
 - 3.2.3.3. Quelques enjeux liés à la prise en charge d'un public aux prises avec une consommation excessive
 - 3.2.3.3.1. La temporalité de la prise en charge
 - 3.2.3.3.2. Les difficultés de la prise en charge liées au silence et la non visibilité, la banalisation et le déni
 - 3.2.3.3.3. Parcours de soins : quelques éléments sur les étapes dans les itinéraires de soins
 - 3.2.3.3.3.1. Passage par l'hôpital et traitement
 - 3.2.3.3.3.2. Quelques caractéristiques sur les conditions d'accès et le suivi dans la prise en charge (l'avant et l'après traitement)
 - La « demande » des usagers
 - La question de l'abstinence
 - Relais, et réinsertion : au bout de la chaîne...
 - 3.2.3.4. L'intérêt de l'ouverture d'une ligne téléphonique « alcool »
- 3.2.4. Eléments de synthèse

IV. EN GUISE DE CONCLUSION : DES CONTEXTES DE CONSOMMATION PROPICES POUR L'ACTION, DES PISTES D'INTERVENTION

4.1. Le contexte familial

- 4.1.1. Contexte familial et représentations sociales de l'alcool
- 4.1.2. Consommation problématique au sein de l'environnement familial

4.2. Le contexte des pairs

- 4.2.1. L'influence du groupe des pairs
- 4.2.2. Le contexte étudiant

4.3. Les contextes loisirs

- 4.3.1. Le milieu sportif
- 4.3.2. Le milieu festif

4.4. Le contexte médiatique et publicitaire

4.5. Le contexte carcéral

4.6. Le contexte professionnel

4.7. Le contexte clinique

4.8. La grossesse et l'allaitement

4.9. La conduite d'un véhicule

4.10. Synthèse

PARTIE II

DE LA REFLEXION A L'ACTION : QUELLES STRATEGIES D'ACTION PROMOUVOIR AUPRES DES JEUNES EN MATIERE D'ALCOOL ?

I. L'avis des experts sur la situation du secteur prévention

- 1.1. L'éclatement de cette compétence en Belgique francophone
- 1.2. Les dispositifs s'adressant aux jeunes

II. Présentation de projets existants à destination des jeunes en matière d'alcool et d'autres drogues

- 2.1. Premier dispositif : « Prévention alcool dans les Franches-Montagnes »
- 2.2. Second dispositif : La Roche-sur-Yon, un dispositif global de prévention de l'hyper-alcoolisation des jeunes
- 2.3. Synthèse des deux dispositifs : Quels éléments communs pour une stratégie globale et cohérente ?

III. Quelles recommandations pour une stratégie « Alcool & Jeunes » à Bruxelles ?

- 3.1. L'implication des autorités
- 3.2. La création d'une « agence de prévention des assuétudes »
- 3.3. Agir globalement (sur plusieurs dimensions et plusieurs publics)
- 3.4. Diagnostiquer ce qui existe et constituer un groupe de partenaire
- 3.5. Rendre les intervenants acteurs du dispositif et créer un dispositif qui fait participer les publics

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

- ANNEXE N° 1 :** Compétences par rapport à la problématique de l'alcool à Bruxelles
- ANNEXE N° 2 :** Tableau récapitulatif de la réglementation en matière de conduite sous influence
- ANNEXE N° 3 :** Guide d'entretien
- ANNEXE N° 4 :** Fiche signalétique
- ANNEXE N° 5 :** Liste des représentants d'institutions rencontrées
- ANNEXE N° 6 :** Liste des coordonnées pour la Région Bruxelloise
- ANNEXE N° 7 :** Liste des participants à la réunion du 14 octobre 2009 organisée par Infor-Drogues
- ANNEXE N° 8 :** Liste des dispositifs « Jeunes et Alcool » en Belgique et à l'étranger
- ANNEXE N° 9 :** Dossier de presse « Prévention Alcool » dans les Franches Montagnes
- ANNEXE N° 10 :** « Chronique d'une famille comme les autres », des messages concrets de la campagne en Franches Montagnes

INTRODUCTION GENERALE

Ce rapport de recherche s'inscrit dans la démarche de travail amorcé sous l'égide de Monsieur Benoît Cerexhe, membre du Collège de la Commission Communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale en charge de la Santé. Il s'inscrit dans la continuité de différentes initiatives et concertations dans le secteur qui ont regroupé plusieurs structures et professionnels oeuvrant, notamment, dans le champ de la promotion de la santé (Tables Rondes, etc.). A la demande de Monsieur le Ministre, Infor-Drogues a mené une étude consacrée aux jeunes et à leur rapport à l'alcool en recontextualisant la problématique dans son contexte général. L'objectif du présent rapport est de présenter l'état des lieux de cette question, et de développer des pistes d'actions pour la prévention.

L'étude comporte deux parties, l'une plus théorique et l'autre plus pratique, qui émet un ensemble de propositions.

Dans la première partie, contextuelle et plus théorique, il nous a paru utile pour le lecteur de resituer le contexte dans lequel s'inscrivent les propositions. Afin d'articuler notre projet d'étude à la réalité, il nous a semblé pertinent de rappeler, en quelques traits, la situation actuelle en matière d'alcool dans ses divers aspects. Nous avons ainsi recontextualisé la thématique dans ses aspects politiques et législatifs, épidémiologiques et clinique, puis définis différents contextes de consommation propices pour l'action, et enfin proposé diverses pistes d'intervention.

Dans cette première partie, il s'agissait de présenter les mesures législatives prises par rapport à la mise à disposition de l'alcool, les données épidémiologiques et socioéconomiques concernant la consommation. Nous montrerons que l'alcool, substance psychoactive licite, est admis et culturellement valorisé dans notre société, mais qu'il est aussi un produit de consommation faisant l'objet de stratégies de marketing et de publicité acharnées qui ne s'embarrassent guère d'une éthique de santé publique. Si la consommation d'alcool est gérée de façon responsable par une grande partie de la population, néanmoins force est de constater que sa consommation pose des problèmes de différentes sortes, à différents niveaux et à différentes catégories de publics.

On le sait, et ce n'est pas une nouvelle tendance, une proportion non négligeable d'adultes sont en difficulté, parfois très grave, avec l'alcool. Différentes études avancent le nombre de 200 à 300.000 personnes (voire plus) « malades » de l'alcool. Quoi qu'il en soit, cette « proportion non négligeable » d'adultes constitue la tendance la plus lourde parmi les personnes (jeunes et adultes) en difficulté avec l'alcool (le degré de gravité variant d'une personne à l'autre) ; les différentes catégories d'âge de la population adulte étant concernées (des jeunes adultes au troisième âge).

Concernant la population générale, dont les jeunes, on peut sans trop de risque cliquer la situation ainsi : les jeunes et plus particulièrement les adolescents consomment en général de manière épisodique, les ivresses étant expérimentées de façon festive, ludique et parfois excessive. La consommation des adultes (à partir de 18 ans) augmente avec l'âge, le mode d'usage étant plus régulier et les ivresses plus sporadiques. Au niveau des jeunes, « on constate une plus grande expérimentation de l'alcool chez les plus jeunes et des pratiques de consommation parfois à haut risque »¹ (sur le plan sociosanitaire individuel et vis-à-vis de tiers : accidents de la route, violence, rapports sexuels non protégés, etc.).

¹ UNIVERS SANTE, *Table ronde bruxelloise*, Centre Culturel de Woluwé-Saint-Pierre, 05/11/08.

Le phénomène du « binge drinking » touche aussi notre pays et concerne certains jeunes ; pourtant il faut être prudent quant à l'ampleur du phénomène car on dispose de peu de données actuellement et que la définition du binge drinking est sujette à caution. Par ailleurs, le contexte sociétal contribue à exposer les jeunes à des usages risqués de l'alcool : stratégies des alcooliers (diversification des produits via les alcopops, publicité incessante, etc.), législation ambiguë et relativement ignorée, consommation en dehors du cadre familial régulateur, estompement des repères habituels en matière de consommation, déficit de prévention, etc. Enfin, un certain nombre de jeunes, et à des degrés variables, sont polyconsommateurs (principalement les garçons) : alcool, tabac, drogues illégales. Au niveau des femmes, on constate un rajeunissement de la consommation d'alcool, notamment impulsé par les alcooliers², ainsi qu'une certaine banalisation de la cuite et la polyconsommation, même si les données statistiques sont en général inférieures aux constats établis du côté masculin.

Sur le plan de la santé publique, si toutes les catégories d'âge et de classes sociales sont concernées, il faut tenir compte du fait que pour chaque âge il est nécessaire de reconsidérer la diversité des contextes (logiques et spécificités régionales, par exemple), des modes d'alcoolisation, la fréquence des ivresses, les prises de risque, etc. S'il s'agit d'établir des priorités, par exemple en visant le public jeune, avec les risques évidents de stigmatisation qui peuvent en découler, il apparaît indispensable d'intégrer ces priorités dans une stratégie plus globale, adressée à l'ensemble de la population. Il faut penser, dire et répéter que nous sommes tous concernés par l'alcool et qu'il est profondément enraciné dans notre société. L'action en matière de santé publique (de l'amont à l'aval, de la promotion de la santé aux soins) doit donc s'adresser tant aux adultes qu'aux jeunes, et ce, par souci de cohérence. Si l'on souhaite que les jeunes changent et que leur rapport à l'alcool évolue, il s'agit que la société leur montre l'exemple, c'est-à-dire que les adultes, mais aussi le contexte, changent et évoluent (la législation et son application, le discours des médias, les pratiques des alcooliers, etc.).

Le contexte étant posé, la seconde partie, plus pratique, est intitulée « De la réflexion à l'action ». Sur base des enseignements dégagés dans la première partie, nous proposons les résultats d'une démarche d'investigation, se concluant par des propositions et recommandations.

En effet, nous explorons des stratégies d'actions pertinentes existantes pour informer et sensibiliser les jeunes en matière d'alcool. En annexe, nous présentons un ensemble de projets et d'outils de prévention à l'attention des jeunes, tels qu'ils ont été développés en Belgique et à l'étranger. Ce travail de recherche d'information et de synthèse a été réalisé en fonction du temps et des moyens impartis ; il n'est pas exhaustif. Il présente un panorama d'un certain nombre de projets et initiatives, proposés par milieux et problématiques cibles.

Il n'est pas facile d'aborder la question de la consommation d'alcool avec les jeunes et particulièrement avec les adolescents. Si les jeunes sont peu intéressés par les conséquences à long terme de leurs comportements sur leur santé, a contrario, ils ne sont pas nécessairement désintéressés d'en savoir plus sur les choses qui les concernent comme l'usage d'alcool par exemple.

² Qui ciblent la jeunesse féminine via des boissons alcoolisées adoucies telles que les breezer, bières au goût fruité, campagnes publicitaires, etc.

Mais, ils sont rarement demandeurs et rétifs aux discours moralisateurs et aux injonctions des adultes³. Ils semblent plutôt consommer avec l'accord (tacite ou exprimé) de leurs parents. La marge de manœuvre est dès lors étroite pour les informer, les éduquer à un bon usage de l'alcool, leur permettre de développer une prise de conscience et un sens critique par rapport à ce type de consommation, voire les conseillers et les aider en cas de difficulté. Si l'éducation en ce domaine était en général assurée par la famille, on constate que les changements profonds qui affectent notre société et touchent la cellule familiale (éclatement des familles, monoparentalité, rythmes de vie et modes d'organisation de la famille, etc.), rendent celle-ci moins apte à encadrer et réguler ce type de consommation, l'initiative et l'expérimentation se pratiquant davantage à l'extérieur avec les pairs. Par ailleurs, de leur côté, les adultes semblent éprouver davantage de difficultés à se positionner et à définir des repères et des limites tant pour eux-mêmes que vis-à-vis de leurs enfants.

Ce constat doit aussi être resitué dans son contexte, celui d'une société où l'alcool est culturellement bien ancré, socialement valorisé et économiquement rentable. Ce secteur économique développe un marketing redoutable et une publicité particulièrement soignée pour diversifier ses publics cibles, les capter et les fidéliser (notamment les jeunes, tant les garçons que les filles). D'autres déterminants doivent aussi être avancés tels la législation ambiguë et son application peu respectée, souvent ignorée, la situation socioéconomique, etc. Même si beaucoup de jeunes ne rencontrent pas de problèmes dans leur consommation d'alcool et font plutôt preuve de bon sens, la réalité actuelle indique néanmoins la nécessité d'investir dans des stratégies qui leur proposent un cadre structurant et les aident à découvrir des repères et des valeurs leur permettant de gérer leurs consommations (alcool et par extension bien d'autres types de consommation) et de mieux appréhender les différents enjeux en présence (pression publicitaire et stratégies des alcooliers, comportement à l'égard des pairs, messages et exemples parentaux, etc.). Face à la question de l'alcool, les jeunes semblent de plus en plus livrés à eux-mêmes. Les principes de la promotion de la santé semblent donc tout indiqués pour rechercher des stratégies et des modes d'action à la fois pertinents et respectueux d'eux.

Outre le rappel du cadre général des stratégies et modes d'action propres à la promotion de la santé, l'étude privilégie l'examen de modes d'action concrets. Cette partie visait donc à rechercher des stratégies pertinentes susceptibles de toucher les jeunes c'est-à-dire permettant d'établir le contact avec eux, de favoriser la transmission d'information et de conseils (amélioration des connaissances notamment des éléments de réduction des risques, etc.), d'établir et de favoriser le dialogue et l'échange, et de faciliter l'accueil et l'aide des jeunes en difficulté. On le sait, l'information des jeunes en matière de santé est complexe, particulièrement en matière d'assuétudes. Concernant l'alcool et sa consommation, il s'agissait de trouver les cadres appropriés, le ton juste, les messages adéquats et les vecteurs d'information et d'échange qui leur sont les plus familiers et faciles d'accès, dès lors qu'on souhaite les atteindre. Nous nous sommes donc attaché à relever les canaux de communication et les moyens de contact les plus adaptés pour informer et conseiller, mais aussi écouter et orienter les jeunes vers l'accompagnement et/ou l'aide appropriés.

À la suite des Constats et Propositions issus de la Table ronde bruxelloise « L'alcool et les jeunes : qu'en est-il et qu'en faisons-nous ? », et des enseignements développés dans ce rapport, on peut constater que l'alcool est abordé dans différentes activités et services du secteur et dans d'autres secteurs. Néanmoins, étant donné l'acuité des problèmes et questions posés par l'alcool (au sens large c'est-à-dire recouvrant ses propriétés, sa consommation, sa vente, son cadre légal, son ancrage socioculturel, etc.) et la quasi inexistence d'actions et de services « visibles » susceptibles d'interpeller les publics concernés (adultes, jeunes, professionnels), il nous est paru judicieux de

³ DROGUES INFO SERVICE., *Observations 2001-2002*, France, 10/2002. Voir également, QUESTION SANTÉ, *Peur et prévention*, Actes du colloque 2002, Bruxelles Santé, Numéro spécial, septembre 2003.

développer des stratégies facilement décodables par le public et de proposer des services dont l'accès limite les résistances.

De fait, hormis quelques initiatives récentes (le Plan d'action national Alcool, par exemple), le phénomène « alcool » fonctionne et évolue dans une certaine indifférence matinée de silence, de non-dit et d'hypocrisie... on pourrait dire aussi de torpeur et d'inertie, de manque de repères et de dénuement, tous éléments qui justifient la nécessité d'inciter à la parole, à la réflexion, à la prise de conscience et d'y aider⁴. Renforcer les connaissances de tout un chacun est primordial face à ce que l'on peut aussi qualifier d'absence d'intérêt ou de cécité pour les stades précédant la dépendance (les usages à risques, les usages nocifs, les situations non maîtrisées, etc.). De plus, les études scientifiques sont assez unanimes pour conclure que dans notre culture si l'initiation à l'alcool se faisait souvent dans le milieu familial, nous l'avons dit, ce cadre référentiel et structurant se délite ; dans certains cas il est absent, dans d'autres il est problématique. Par ailleurs, concernant certains publics, il existe une forte corrélation entre l'usage de drogues et l'alcool ; l'alcool étant souvent associé aux autres consommations (tabac, drogues, médicaments), ce qui doit motiver d'autant plus à intervenir à son propos.

Comme on peut le constater, les raisons d'agir ne manquent pas. Pour répondre à ce niveau d'action, Infor-Drogues porte donc le projet de développer son dispositif actuel (permanence téléphonique, site internet et e-permanence), principalement focalisé sur les substances illégales, en vue de l'ouvrir à la thématique de l'alcool. L'expérience d'Infor-Drogues démontre la pertinence d'un tel dispositif. Dans l'anonymat et la confidentialité, le téléphone permet de s'informer, de questionner et d'échanger ou encore demander de l'aide à propos d'un sujet intime et sensible. Une partie du public recourt maintenant à internet dans le même but, et notre permanence électronique, complètement anonymisée, permet à ce public de nous questionner et de dialoguer en toute confidentialité à propos des drogues illicites.

Les informations et conclusions accumulées dans chaque partie ont nourri les réflexions développées dans les autres parties du présent rapport.

Cette recherche a permis que différents éléments fondateurs soient posés. Il est bien entendu nécessaire de les consolider encore par des approfondissements, des recherches complémentaires et par la récolte d'éléments issus de la mise en pratique et de la confrontation au réel.

⁴ Sauf bien sûr l'exploitation outrancière et sensationnaliste de la thématique « Jeunes-alcool » par les médias, à l'égal de ce qu'ils font concernant la violence par exemple.

PARTIE I : LES CONTEXTES

I. LE CONTEXTE LEGISLATIF

1.1. Introduction

Tant sur le plan mondial qu'au niveau des États membres de l'Union Européenne, la lutte contre les méfaits liés à la consommation abusive de boissons contenant de l'alcool est présentée comme une priorité en matière de santé publique.

Dans ce cadre, depuis de nombreuses années, des organismes internationaux ont réalisé différentes études et lancés divers projets en matière de lutte contre la consommation problématique d'alcool. Des études permettent donc d'observer les évolutions de la problématique. Les données chiffrées sont essentielles afin de cerner la problématique et de pouvoir y répondre le plus adéquatement possible. Si une attention particulière concerne plus particulièrement la consommation par les jeunes, la complexité de la problématique est mise en avant. Cette complexité impose de diversifier les actions en fonction des cultures régionales et locales ainsi que des modes de consommation.

En Belgique, citons l'enquête Santé⁵ dont il convient de souligner le caractère récurrent. Il en est de même pour l'enquête HBSC⁶ réalisée par les Communautés. Des chiffres concernant les dépenses publiques santé en matière de drogues font cependant défaut⁷. Face à ce constat, les Ministres de la Santé recommandent de réaliser une étude collectant de telles données. Ils recommandent également que les évolutions sociales quant à la consommation d'alcool soient étudiées de manière permanente, et que soit étudiée l'efficacité des programmes de prévention et de traitements existants.

1.2. Les politiques en matière d'alcool : visées générales, objectifs et mesures

Qu'en est-il au niveau international et national ? Quels sont les politiques, les objectifs et les mesures prises dans leur cadre ?

⁵ BAYINGANA K., DEMAREST S., GISLE L., HESSE E., MIERMANS P.-J., TAFFOREAU J., VAN DER HEYDEN J., *Enquête de santé par Interview*, Institut Scientifique de Santé Publique, Belgique, 2004

⁶ FAVRESSE D., DE SMET P., *Tabac, alcool, drogues et multimédias chez les jeunes en Communauté française de Belgique. Résultats de l'enquête HBSC 2006*, Service d'Information Promotion Education Santé, ESP-ULB, Bruxelles, 2008. Ainsi que l'étude suivante : PIETTE D., PARENT F., COPPIETTERS Y., FAVRESSE D., BAZELMANS C., KOHN L., DE SMET P., *La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994? Comportements et mode de vie des jeunes en décrochage scolaire en Communauté française de Belgique de 1986 à 2002*, ULB-PROMES, 2003

⁷ Excepté les enquêtes suivantes : DE RUYVER B., PELC I., CASSELMAN J. et al., *La politique des drogues en chiffres, une étude des acteurs concernés, des dépenses publiques et des populations atteintes*, Academia Press, Gent 2004 et DE RUYVER B., PELC I., DE GRAEVE D. et al., *Drogues en chiffres II : étude des acteurs concernés, des dépenses publiques et des populations atteintes, Etudes de suivi*, Academia Press, Gent, 2007. Dans ces rapports (2007), les auteurs montrent que malgré les priorités émis dans les discours politiques belges, la prévention est très peu subventionnée (3,82%), par rapport aux autres secteurs, comme la sécurité (56,24%) et l'assistance (39,58%).

1.2.1. Au niveau international

L'organisation mondiale de la santé (OMS) s'occupe de cette problématique d'une manière générale sur le plan international. Elle a élaboré un plan stratégique à moyen terme (2008-2013).

La résolution WHA 58.26 du 25 mai 2005 demandait déjà la mise en œuvre de stratégies afin de réduire les conséquences négatives de la consommation d'alcool. Dans cette résolution WHA 58.26, la 58e Conférence Mondiale de la santé demande aux Etats membres d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies et programmes efficaces afin de réduire les conséquences négatives d'une consommation nocive d'alcool⁸.

Cette résolution va dans le sens de la Charte européenne sur la consommation d'alcool rédigée par le Bureau régional Europe de l'OMS⁹ dès 1995. Cette chartre énonçait déjà cinq principes éthiques concernant une politique relative à la consommation d'alcool, et formulait dix stratégies pour les poursuivre au niveau des divers Etats membres. C'est sur cette base que le European Alcohol Action Plan 2000-2005, la Déclaration sur les jeunes et l'alcool et le Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS ont été développés.

La Cellule de Coopération internationale (OMS) a le rôle d'examiner la politique internationale menée par la Belgique et d'alimenter le dialogue permanent qu'elle entretient sur le sujet, avec les instances internationales telles que l'ONU et le Conseil de l'Europe.

1.2.2. Au niveau européen

L'Union Européenne présente donc la volonté de mettre en place une « politique intégrée » en matière d'alcool. La mise en place d'une politique intégrée, efficace et coordonnée en matière de lutte contre la consommation problématique d'alcool dans les Etats membres est donc présentée comme primordiale. C'est dans l'« European Alcohol Action Plan 2000-2005 »¹⁰ que sont définis les résultats à obtenir ainsi que les moyens pour y accéder. Au niveau de l'Union Européenne, les conclusions du Conseil du 5 juin 2001 relatives à une stratégie communautaire visant à réduire les dommages liés à l'alcool soulignent la nécessité d'élaborer une stratégie communautaire commune¹¹. Les stratégies de l'Union Européenne pour aider les Etats membres à réduire les dommages liés à l'alcool ont été publiées en 2006.

⁸ Moniteur Belge, Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 17 juin 2008. – Déclaration conjointe des Ministres, qui ont la Santé publique dans leurs attributions, sur la politique future en matière d'alcool, publié le : 2008-07-17.

⁹ http://www.euro.who.int/Document/EUR_ICP_ALDT_94_03_CN01.pdf.

¹⁰ http://www.euro.who.int/alcoholdrugs/Policy/20080807_4.

¹¹ http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11564a_fr.htm.

Au niveau européen donc, la Commission Européenne (DG Sanco) développe une stratégie coordonnée d'aide aux Etats membres¹². Cette politique définit cinq thèmes prioritaires :

1. Protéger les jeunes, les enfants et les enfants à naître.
2. Réduire le nombre de blessés et de morts dus à l'alcool sur les routes.
3. Prévenir les dommages liés à l'alcool chez les adultes et réduire les répercussions négatives sur le lieu de travail.
4. Mener une action d'information, d'éducation et de sensibilisation concernant les conséquences d'une consommation nocive et dangereuse d'alcool et les habitudes de consommation acceptables.
5. Créer un ensemble de données communes au niveau de l'UE et le tenir à jour.

Les Etats membres gèrent ce dossier sur le plan national en fonction des modes spécifiques de consommation dans leur pays.

1.2.3. Au niveau national

Vu les directives européennes, au niveau belge s'exprime également la volonté d'une politique intégrée en matière d'alcool¹³. Les objectifs généraux de cette politique se déclinent sur trois axes :

- Prévenir et réduire les dommages liés à l'alcool.
- Combattre la consommation inadaptée, excessive, problématique et risquée d'alcool et non pas seulement la dépendance.
- Avoir une politique orientée vers des groupes cibles à risques et des situations à risques.

Au niveau belge, la politique en cette matière de santé repose sur un Accord de coopération entre l'Etat, les Communautés, la Commission communautaire commune, la Commission Communautaire française et les Régions pour une politique des drogues globale et intégrée. Dans ce cadre, un accord a été signé le 2 septembre 2002. Cet accord a permis de mettre en place un organe de concertation¹⁴ entre les partenaires fédéraux, communautaires et régionaux qui sont amenés à concrétiser une politique globale. Les objectifs poursuivis sont :

- l'acquisition d'une compréhension globale de tous les aspects de la problématique des drogues, dont également l'alcool et du tabac;
- la prévention et la dissuasion de l'usage et la limitation des dommages afférents à cet usage;
- l'optimisation et la diversification de l'offre en matière d'assistance et de traitements proposée aux toxicomanes;
- la répression de la production illicite et du trafic de drogue;
- l'élaboration de projets politiques concertés.

¹² A cet égard, voir ces divers documents : Conclusions du Conseil du 5 juin 2001 relatives à une stratégie communautaire visant à réduire les dommages liés à l'alcool (2001/C 175/01). Recommandations du Conseil du 5 juin 2001 concernant la consommation d'alcool chez les jeunes, notamment les enfants et les adolescents (2001/458/CE). Communication du 24 octobre 2006 de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions (COM (2006) 625 final).

¹³ Moniteur Belge, Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 17 juin 2008. – Déclaration conjointe des Ministres, qui ont la Santé publique dans leurs attributions, sur la politique future en matière d'alcool, publié le : 2008-07-17.

¹⁴ Cet organe de concertation se réunit au moins une fois par an au sein de la Conférence interministérielle afin d'harmoniser les politiques.

1.2.3.1. La Déclaration conjointe de 2007 sur la « future politique en matière d'alcool » et le PANA.

Cette déclaration conjointe sur la politique en matière d'alcool a été approuvée lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 17 juin 2007¹⁵. Elle se concrétisera dans le Plan d'Action National Alcool (PANA)¹⁶, plusieurs fois reporté avant d'être approuvé en 2009. Ce plan poursuit un triple objectif : prévenir les dommages liés à l'alcool, combattre la consommation « *inadaptée, excessive, problématique et risquée* » d'alcool et élaborer une politique orientée vers les groupes cibles (à risques) et les situations (à risques). Autant d'objectifs imposés depuis plusieurs années par les instances internationales (OMS, Conseil de l'Europe...).

Dans le cadre de cette déclaration ont eu lieu divers débats et diverses mesures sont énoncées et seront prises :

1. L'alcool étant une substance facilement accessible (contrairement aux drogues illicites), un ensemble de mesures relatives à la disponibilité expriment ou visent :
 - l'interdiction de la vente dans certains lieux : les ministres de la santé recommandent l'interdiction de la vente d'alcool dans certains lieux déterminés, à savoir dans les stations services le long des autoroutes et dans les distributeurs automatiques ;
 - la disposition des alcools dans les magasins : afin de mettre fin à la confusion existant entre certaines boissons contenant de l'alcool et les autres (eaux, softs,..) dans les commerces, toutes les boissons contenant de l'alcool doivent se trouver dans un rayon distinct. Par ailleurs s'exprime la volonté qu'on ne puisse plus exposer dans les vitrines des « night shops » uniquement de l'alcool ;
 - la volonté d'étendre l'interdiction de vente des vins et bières au moins de 16 ans, et des alcools « forts » (spiritueux) aux moins de 18 ans dans les commerces.

2. Des débats et mesures relatives à la législation qui manque de clarté :

Les ministres ont exprimés leur volonté de clarifier l'application de la législation actuelle en matière de vente (distribution et Horeca) de boissons contenant de l'alcool aux jeunes.

Les ministres de la santé rappellent que la législation applicable en matière de vente et de distribution des boissons contenant de l'alcool est la suivante :

1. L'arrêté-loi du 14 novembre 1939 relatif à la répression de l'ivresse.
2. La loi du 15 juillet 1960 sur la préservation de la jeunesse.
3. La loi du 28 décembre 1983 sur la patente pour les débits de boissons spiritueuses.

¹⁵ <http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/api2.pl?lg=fr&pd=2008-07-17&numac=2008024267>.

¹⁶ <http://www.cnt-nar.be/F1I.htm>. **Voir également :** <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1079>.

La complexité de ces réglementations est telle qu'il est extrêmement difficile de la traduire en messages de prévention efficace. La réglementation doit donc être simplifiée et harmonisée afin de rendre son respect plus aisé et les contrôles plus efficaces. Les ministres souhaitent qu'une campagne d'information à destination des professionnels concernés par la vente et la distribution soit réalisée.

Si les ministres de la santé rappellent que la vente des vins et bières dans l'Horeca est interdite aux moins de 16 ans et que la vente des spiritueux dans l'Horeca et les commerces est interdite aux moins de 18 ans, Benoît Cerexhe (ministre du Gouvernement de la Région bruxelloise)¹⁷ estime qu'il y a lieu d'étendre l'interdiction de la vente des vins et bières aux moins de 16 ans dans tous les commerces. Les ministres ont également souligné le problème des « alcopops ». En effet, ils ont exprimé leur volonté d'évaluer la législation en matière de vente et de distribution de boissons mixtes dites « alcopops ».

A cet égard, une loi concernant l'accès des jeunes à l'alcool dans les commerces vient d'être adoptée. En 2010, les commerçants ne seront plus autorisés à vendre de la bière et du vin aux moins de 16 ans, tandis que les alcools « forts » (spiritueux, y compris les alcopops) sont réservés aux plus de 18 ans. Ce projet de loi « portant des dispositions diverses en matière de santé (56 articles), dans lequel figure cette mesure concernant la vente d'alcool aux jeunes (art.11 et 12) » a été adopté ce 20 octobre 2009 par la commission Santé publique de la Chambre¹⁸. Cette mesure devrait rentrer en vigueur au premier trimestre 2010. Cette disposition devrait permettre, selon le texte, « de regrouper, harmoniser et clarifier les mesures concernant l'interdiction de vente d'alcool ». La loi prévoit des contrôles organisés par la DG4 (SPF Santé publique), avec sanction à la clé, les commerçants étant tenu de vérifier l'âge des jeunes acheteurs. Cependant, cette mesure d'interdiction doit être accompagnées, selon nous, d'autres mesures réglementaires (cfr. le point ci-dessous) et d'efforts de prévention, à différents niveaux, au risque de rester inefficace ou de faire peser sur les seuls commerçants la difficile tâche de limiter, contrôler, résoudre le problème d'alcool chez les jeunes.

¹⁷ Dans les compétences relatives à l'Economie, l'Emploi et la Recherche scientifique ainsi que depuis peu, au Commerce, au Commerce extérieur et à la Formation professionnelle des Classes moyennes.

¹⁸ DORZÉE H., *Jeunes/La loi a été adoptée en commission de la santé à la Chambre. Les ados seront interdits d'alcool*, Le Soir, jeudi 22 octobre 2009.

Face à la complexité et au manque de clarté de la législation, le secteur de la prévention est plutôt satisfait qu'une définition claire d'une norme lui permette de diffuser un message tout aussi clair. Mais est-ce suffisant ? Face aux maigres moyens affectés à la prévention, à la liberté du marché et aux stratégies commerciales agressives menées par les alcooliers cette politique prohibitionniste risque d'être inefficace¹⁹, voire contre-productive.

3. Des débats et mesures qui devraient être prises envers les alcooliers, le marketing, le sponsoring et la publicité : Dans le cadre des débats autour de la politique à mener et du PANA, des mesures relatives au marketing et à la publicité ont été prises, qui visent à institutionnaliser la convention existante²⁰, dans l'objectif de faciliter l'autorégulation du marché²¹ : c'est la convention de 2005 en matière de publicité, qui a été établie entre le secteur (de la production –alcooliers-, de la distribution -Horeca-, de la publicité), les consommateurs (Test-Achat, CRIOC) et le ministre de la santé publique. Cette convention confie au Jury d'éthique publicitaire (JEP)²² le soin de contrôler le respect de son application. Nous reviendrons sur la critique de cette convention plus loin. Soulignons dès à présent que cette convention interdit les publicités destinées aux jeunes : les stratégies marketing et publicitaires en faveur de l'alcool doivent être limitées autant que possible sur le plan quantitatif, et de préférence les interdire lorsqu'elles s'adressent à certains groupes cibles, tels que les jeunes (mineurs). Selon cette convention, les stratégies marketing et publicitaires en faveur de l'alcool peuvent uniquement fournir des informations sur le produit et diffuser des messages et des images renvoyant exclusivement à l'origine, à la composition, aux procédés de fabrication du produit. Elle interdit également la mise à disposition gratuite d'alcool lors d'événements culturels ou sportifs.

Ces mesures visent donc principalement les jeunes. Il s'exprime ainsi la volonté politique de les protéger contre l'influence des techniques de marketing et de la publicité. Cette volonté politique pourrait se traduire par la promotion d'activités pédagogiques visant à apprendre aux jeunes à faire preuve de sens critique vis-à-vis des pratiques de marketing.

¹⁹ Le paradoxe étant de fixer cette interdiction alors qu'au « nom de la liberté du marché », cette politique délègue le contrôle de son respect ou de son application aux commerçants, sans développer des politiques restrictives à l'égard des alcooliers, du sponsoring et de la publicité par rapport aux produits qu'ils créent et qui ciblent spécifiquement cette catégorie de la population, qui est justement soumise à cette interdiction par la loi.

²⁰ http://www.belgium.be/fr/publications/pub_convenant_inzake_gedrag_en_reclame_met_betrekking_tot_alcoholhoudende_dranken.jsp

²¹ Cette convention complèterait la réglementation existante. Elle serait dans la prolongation des réglementations internationales, européennes, belges et communautaires qui ont déjà édicté des règles qui vont dans le sens de cette convention et qui la sanctionnent. Il s'agit notamment de la loi du 29 mai 1959 dite du « Pacte Scolaire », de la Convention relative aux droits de l'enfant, de la Directive dite « Télévision sans frontières », de la Loi sur les pratiques du commerce et sur l'information et la protection du consommateur, du Décret (Communauté Flamande) daté du 12 juin 1991 portant sur la réglementation de la publicité et du sponsoring à la radio et à la télévision, des Décrets coordonnés concernant la radiodiffusion et la télévision.

²² <http://www.jep.be/fr/>

4. En outre, un ensemble de débats relatifs à la conduite sous influence ré-expriment la volonté politique de poursuivre un ensemble de mesures relatives à l'alcool au volant qui visent à intensifier les contrôles et développer une politique plus sévère en matière d'amendes et d'interdiction à l'égard des récidivistes. A cet égard, une attention particulière est portée aux professionnels du volant (taxis, conducteurs de poids lourds,).

Vu que la conduite sous l'influence de drogues ou de médicaments affecte elle aussi la sécurité routière, la loi sur la circulation routière contient des dispositions légales concernant la conduite sous l'influence de l'alcool, de drogues ou de médicaments. Des sanctions spécifiques sont dès lors prévues ; elles sont proportionnelles à la gravité de l'infraction. Plus l'automobiliste est sous l'influence de ces substances, plus grand est le risque qu'il fait courir aux autres et plus lourde sera la sanction²³. L'objectif étant de réduire le nombre d'accidents de la route dus à l'alcool, cette consommation étant une cause importante d'accidents de la route, les ministres ré-expriment leur volonté de poursuivre une politique qui s'articule autour d'un taux d'alcoolémie légalement autorisé, des contrôles et des mesures répressives.

A cet égard, diverses mesures ont été débattues notamment sous l'angle de leur faisabilité :

- l'installation systématique d'un système « alcolocks » dans les voitures des récidivistes et des professionnels de la route. Les ministres préconisent que cette mesure, qui existe au Canada, soit analysée plus avant afin d'en déterminer l'efficacité, la faisabilité technique mais également la charge financière ;
- la limitation du taux d'alcoolémie au volant pour les conducteurs inexpérimentés. Selon les chiffres avancés lors de ces débats, dans 25% des accidents mortels, l'alcool est en cause. Et près de 60% des personnes tuées dans des accidents de la route le sont durant le week-end. Etienne Schoupe, secrétaire d'Etat à la Mobilité, a dès lors proposé d'abaisser le taux d'alcool maximal des jeunes automobilistes. Il a proposé qu'au delà de 0,2 pour mille, ceux qui possèdent un permis depuis moins de deux ans soient verbalisés...

²³ Chaque année, l'alcool joue un rôle dans près de 4.000 accidents corporels, parmi lesquels on dénombre 1.000 tués et blessés graves. L'usage d'alcool provoque un effet immédiat sur le comportement au volant : le temps de réaction ainsi que la capacité d'anticiper les situations du trafic en sont fortement influencés. Avec un taux d'alcool de 0,5 ‰, le risque d'accident mortel est déjà multiplié par 2,5. Si les lois fixent des limites drastiques, il faut souligner que contrairement à ce que beaucoup de personnes pensent, nous ne sommes pas égaux devant un petit verre. Ainsi, lorsque la loi donne comme limite 0,5 ‰ d'alcool dans le sang, elle ne prend pas en compte certains facteurs. Il faut tenir compte de l'état de fatigue, de stress, de santé, si l'on a mangé ou non, ou encore de la corpulence. Tous ces éléments ont un impact sur notre capacité de tolérance à l'alcool.

En septembre 2009, ces dernières mesures citées ne sont pas encore en vigueur. Cependant concernant la dernière mesure que nous venons de citer, le samedi 21 novembre 2009, un an après en avoir émis l'idée, le secrétaire d'Etat à la Mobilité annonce dans la presse flamande qu'il compte soumettre un projet de loi. Ce projet de loi est cependant critiqué : ne propose-t-il une mesure discriminatoire à l'encontre des jeunes ? Outre la stigmatisation de ce public.

Enfin, outre l'examen de la possibilité d'alcolock et d'une limitation du taux d'alcoolémie pour les conducteurs inexpérimentés (0,2%), divers autres éléments ont été mis en débat concernant l'analyse des prix et la sensibilisation des professionnels de la santé à la problématique des groupes cibles.

5. Des mesures relatives à la politique des prix : une analyse des prix moyens pratiqués en Europe et, tout particulièrement, une comparaison des prix belges avec ceux pratiqués dans nos pays limitrophes devrait être effectuée et ce dans la perspective d'aligner les prix à la hausse si le différentiel constaté est trop important.
6. Des mesures relatives à certains groupes cibles : il est recommandé de mettre en œuvre l'ensemble des mesures proposées en tenant compte des particularités de certains groupes cibles dits à risques et objectivées eu égard à certaines situations dites à risques. A cet égard, la déclaration considère les jeunes comme constituant un groupe cible de premier plan, du fait que l'alcool nuit au développement cérébral. L'âge des premières consommations peut avoir un impact sur la consommation à l'âge adulte, au sens où les personnes qui ont débuté une consommation lors de leur adolescence seraient plus exposées au risque de dépendance à l'alcool. De même, les femmes enceintes sont également perçues comme appartenant à un groupe cible important. Etant donné que boire de l'alcool pendant la grossesse peut nuire à l'enfant en gestation, par principe de précaution, la recommandation est de s'abstenir de tout produit contenant de l'alcool et ce, durant toute la période de la grossesse.

Dès lors, la volonté exprimée est que les jeunes – qui devrait faire l'objet d'une clarification législative - et les femmes enceintes constituent des groupes cibles auxquels une attention particulière doit être réservée. C'est pourquoi, outre la récente initiative parlementaire visant à apposer, sur toutes les bouteilles d'alcool, un logo d'interdiction pour les femmes enceintes de boire de l'alcool (propositions 4-530/1 et 4-607/1), il est souligné l'importance de sensibiliser les professionnels de la santé (médecins généralistes, gynécologues, accoucheuses,...) en ce sens.

Les conclusions qui ressortent de ces débats sont que la législation visant à lutter contre les abus d'alcool reste encore actuellement lacunaire alors que les discussions au niveau international s'intensifient. La Déclaration conjointe sur la politique future en matière d'alcool est un début mais n'est pas achevée ou suffisante. Ces discussions, prises de positions et édicitions de mesures se poursuivront en 2008 et 2009 et se traduiront dans le PANA.

1.2.3.2. Débats en ce qui concerne la coordination, les compétences et la concertation au niveau belge

Les communautés, les régions et l'état fédéral ont des compétences respectives en matière d'alcool²⁴. Suite à la Déclaration, les différents ministres qui avaient, avant le changement de gouvernement de 2009, la santé dans leurs attributions ont adressés à leurs collègues compétents (ministre des Finances, de l'Economie, de la Mobilité, ...) les recommandations qui y sont énumérées afin que ces derniers étudient la faisabilité de prendre de telles mesures et le cas échéant prennent les initiatives nécessaires.

Concernant les mesures et les compétences :

- en ce qui concerne la disponibilité, les douanes et accises renvoient à la compétence du ministre des Finances ainsi que du service de Police (ministre de l'Intérieur) ;
- la santé publique fédérale règlemente la publicité ;
- la santé publique communautaire a dans ses compétences la prévention ;
- le ministère des Transports et de la Mobilité et le service de Police sont compétents pour ce qui touche à la circulation ;
- la politique des prix (ministère des Finances) a dans ses attributions les douanes et accises ;
- l'aide aux malades est dans les compétences de la santé publique fédérale et de la santé publique communautaire ou régionale.

Enfin, soulignons encore qu'en appui à la Conférence interministérielle, la Cellule générale « politique santé » se réunit au moins une fois par mois afin d'étayer les activités de la Conférence interministérielle. Dans ce cadre, les politiques menées au sein des différents niveaux de pouvoir y sont examinées à la lumière des avis des experts de terrain et des organes consultatifs. Les principales missions de cette Cellule sont :

- la réalisation d'un inventaire détaillé et complet de tous les acteurs impliqués dans les problématiques ;
- la proposition de mesures en vue de faire concorder les actions menées ou envisagées par les différents niveaux de pouvoir ;
- l'élaboration d'avis et de recommandations en vue de la réalisation de l'harmonisation.

²⁴ Voir annexe n°1, le tableau réalisé par l'Administration de la COCOF. C'est un tableau actualisé (2009) des compétences par rapport à la problématique de l'alcool à Bruxelles.

Si les ministres de la santé ont dégagés des mesures prioritaires en matière de lutte contre la consommation problématique d'alcool, le travail d'opérationnalisation du Plan d'Action National Alcool s'est poursuivi au sein de la Cellule Politique Générale Drogues²⁵ qui a élaboré et approuvé ce projet réalisé avec la collaboration d'experts qui n'ont pas approuvé ce plan.

Soulignons qu'à côté des associations qui coordonnent et regroupent les organisations de terrain spécialisées dans la problématique des assuétudes, telles que les FEDITO (Fédération Wallonne des Institutions pour Toxicomanes & Fédération Bruxelloise Francophone des Institutions pour Toxicomanes), le VAD (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen), le VVBV (Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg), la FSPST (Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques), la FBVS (Fédération Belge des Vins et Spiritueux) est tenue de collaborer avec les autorités belges responsables en cette matière et de développer une stratégie d'intégration participative dans la politique belge de santé²⁶.

Face à quoi, par rapport aux pratiques des alcooliers²⁷, le PANA fût l'occasion pour les associations de terrain (des secteurs de la santé et de l'éducation) d'insister sur le fait que, malgré la convention en matière de conduite et de publicité des boissons contenant de l'alcool²⁸ et les exigences légales de la protection des consommateurs, la législation reste très floue, peu contraignante, peu connue et peu respectée. Le secteur « Alcool » étant arrivé ces dernières années à convaincre les autorités de l'efficacité de l'auto-régulation en la matière, ce qui lui permet d'échapper à une législation plus claire et contraignante. Les associations de terrain pointent notamment du doigt le développement de nouvelles pratiques commerciales plus agressives et très ciblées (banalisation, féminisation, rajeunissement des publics cibles).

²⁵ Cette Cellule a été créée par le Protocole d'accord du 31 mai 2001 relatif à la création d'une politique de santé intégrée en matière de drogues. Elle relève du niveau Fédéral. Le PANA est le produit final de rapports préparatoires, et de notes de discussion, qui ont été menés au sein de la CPSD, bien qu'il n'ait pas été approuvé par les experts internes. Au sein de la CPSD, c'est la Conférence Interministérielle (CIM) qui a la mission d'examiner et d'approuver les recommandations faites par cette cellule et de décider de la « procédure à suivre ». Par rapport au PANA, les structures et associations du secteur de la Promotion de la Santé en Communauté Française critiquent le peu d'efficacité de ces structures, la surmultiplication des étapes de la démarche et des procédures à suivre, le manque de clarté et l'ambiguïté de certaines affirmations et mesures, le manque d'opérationnalité de certaines mesures prises. Voir par exemple à cet égard l'avis remis par le Conseil Supérieur de Promotion de la santé (http://www.sante.cfwb.be/thematiques/csps/aviscsps/le_plan_daction_national_alcool_pana_2008_2012/) et le rapport d'Eurotox, p.37-38 (http://www.eurotox.org/images/stories/docs/rapport-eurotox_2007-2006.pdf).

²⁶ Les actions qu'elle mène s'inscrivent dans les cinq thèmes prioritaires définis par la Communication du 24 octobre 2006 de la Commission. Non sans paradoxe, la FBVS développe des actions visant la consommation abusive ou irresponsable de boissons contenant de l'alcool par les jeunes, les femmes enceintes ou les conducteurs de véhicules.

²⁷ Voir l'article d'Univers Santé (www.educationsante.be/es/article.php?id=903) et d'Infor-Drogues (www.infordrogues.be/site_test/index.php?option=com_content&view=article&id=178&Itemid=111).

²⁸ http://www.belgium.be/fr/publications/pub_convenant_inzake_gedrag_en_reclame_met_betrekking_tot_alcoholhoudende_dranken.jsp

Elles soulignent que l'institutionnalisation de la convention ayant beau lui donner force de loi, elle reste un ensemble de recommandations sans force contraignante²⁹, un code de conduite non applicables aux producteurs non signataires et qui n'est pas toujours appliqué par ceux qui y ont souscrit. Dès lors, outre le fait de limiter l'âge des consommateurs, les associations de terrain ré-insistent avec force sur l'importance de modifier la législation pour :

- limiter l'offre plus globalement (âge, distributeurs automatiques, alcopops) ;
- interdire la publicité dans les espaces publics, et la publicité sur les produits créés spécifiquement à l'attention des jeunes ;
- pratiquer une politique des prix conséquente pour les boissons (taxation, eau gratuite dans les lieux festifs).

De plus, les associations de terrain se demandent s'il est cohérent d'interdire la vente d'alcopops aux moins de 18 ans et de tolérer la fabrication et la mise en vente de ces produits dont tout le monde sait qu'ils sont fabriqués pour un public nettement plus jeune.

Enfin, concernant le PANA 2008-2012³⁰, le Conseil Supérieur de Promotion de la santé a rendu un avis le 18 avril 2008 où il est également mis en évidence que le Plan s'engage insuffisamment vis-à-vis des aspects liés à l'offre et au lobby des alcooliers³¹ en se focalisant plutôt sur les personnes qui consomment de façon excessive. Selon cet avis et diverses associations, les pouvoirs publics, les représentants de la société civile et les consommateurs devraient être acteurs de cette régulation, qui ne devrait pas être laissée à une pseudo autorégulation du marché (cfr. la convention). Ce que le Conseil souligne notamment, c'est le manque ou la faiblesse des actions législatives prises envers la publicité et les médias. Par rapport à quoi, nous développerons des pistes ou propositions législatives dans la partie sur le contexte médiatique et publicitaire, après description de ce contexte³².

Enfin, le Conseil se pose une série de questions quant aux contenus visés par le long éventail des mesures proposées, dont les ambiguïtés et les lacunes énormes montrent qu'elles sont sans lien avec la promotion de la santé et du bien-être, certaines ne prenant même pas en compte le danger en matière de préservation des droits individuels. Selon cet avis émis par le Conseil, le report répété des discussions et décisions entre le Fédéral et les Entités fédérées est certainement lié au fait que les questions abordées dans ce Plan dépassent le seul secteur de la santé et concernent de nombreux autres départements (justice, communication,...).

²⁹ Le JEP (Jury d'Éthique Publicitaire) pouvant édicter des sanctions sans avoir la capacité de les faire appliquer.

³⁰ http://www.sante.cfwb.be/thematiques/csps/aviscsps/le_plan_daction_national_alcool_pana_2008_2012/

³¹ Voir à cet égard, l'article suivant : DE BOCK C., « Jeunes et alcool : les publicitaires savent pourquoi ! », Education Santé, n°223, mai 2007 (<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=903>). DE BOCK C., Les publicitaires savent pourquoi – Les jeunes, cibles des publicités pour l'alcool, Les dossiers de l'éducation aux médias n°3, Média Animation, 2007, 50p.

³² A cet égard, voir le point 4.4 de la première partie intitulée « Les contextes ».

Outre les critiques qui portent sur la multiplicité des Plans nationaux qui envisagent chacun leur problématique spécifique³³, le Conseil s'interroge sur le peu de place et d'implication laissées aux Communautés et aux pouvoirs locaux quant aux choix des actions menées et des publics visés. Le Conseil estime que le Plan s'octroie un rôle dévolu aux Communautés dans la mesure où il définit lui-même les choix politiques de prévention et précise les actions de sensibilisation et de formation de divers groupes cibles, domaine de compétence communautaire³⁴. Si le PANA est appliqué sans réserve, le Conseil souligne le risque qu'il y a de voir remises en question les stratégies de promotion de la santé et de réduction des risques des acteurs en Communauté française, soutenues par le politique depuis de nombreuses années.

En effet, cet avis met d'abord en avant des incursions du fédéral dans des matières communautaires sans qu'il soit fait références aux stratégies existant au niveau de ces communautés et régions. Outre la multitude des idées avancées, les affirmations mal étayées, les ambiguïtés, les confusions d'idées et les approximations, les jugements moraux, le Conseil souligne l'absence dans le PANA de la moindre référence aux objectifs et stratégies de promotion de la santé ; l'approche biomédicale, pasteurienne est seule mise en évidence : dépistage médical, traitement, information alarmiste de publics et propositions répressives. L'approche par public cible privilégiée est peu judicieuse ; il conviendrait de privilégier les contextes de consommation et les milieux de vie (école, travail, famille, etc.). Les publics cibles privilégiés concernent en fait l'ensemble de la population : les jeunes, les femmes, les hommes, etc.... Mais l'idée de travailler avec ces divers usagers, de partir de leurs besoins réels et de proposer une stratégie qui s'appuie sur les besoins tels qu'ils sont définis par les populations visées, n'est jamais envisagée.

Dès lors, la question des consommations excessives et problématiques est envisagée sans toucher au contexte de ces consommations, tel par exemple le stress en entreprise. Le coût social de l'alcool est présenté comme un coût économique. Certains types de consommation sont abordés comme argumentaires d'actions. Et on observe un manque de précision sur des propositions notamment de détection précoce et d'intervention précoce, ce qui est inquiétant selon le Conseil.

³³ Certainement en fonction de lobby et sans qu'aucune organisation de gestion de ces plans ne soit réfléchi ni prévue. Le Conseil s'inquiète que ces Plans relèvent plus d'un souci de visibilité passager que d'une volonté d'agir durablement.

³⁴ Malgré le fait que ces matières relèvent des compétences communautaires, le PANA semble être un Plan que se propose de diriger le Fédéral dans une vision pasteurienne. Si le Conseil souligne l'intérêt du Plan pour sa multiplicité, il met en garde de ne pas suffisamment prendre en compte les différents niveaux de compétences tout en gardant les spécificités de chacun. Il estime que la réalisation du Plan national doit prévoir un temps de consultation, de négociation, de travail avec les acteurs, permettant une co-construction entre fédéral et entités fédérées.

Enfin, le Plan fait preuve de naïveté en considérant qu'il suffit d'améliorer les connaissances du public quant au danger de l'alcool et met en garde contre certaines propositions qui pourraient même s'avérer contre-productives (mener des actions d'information en milieu scolaire pourrait avoir des effets incitatifs, prôner l'abstinence totale chez les femmes enceintes pourrait provoquer chez les unes qui se sentent coupables une augmentation de leur consommation, chez d'autres de taire leur consommation), etc.

1.3. Synthèse sur la législation fédérale belge actuelle

Le cadre légal en matière d'alcool légifère en ce qui concerne : les individus ; le code de la route ; les alcooliers et tenanciers.

Les lois et arrêtés :

1. L'arrêté loi du 14 novembre 1939 relatif à la répression de l'ivresse interdit le service de boissons contenant de l'alcool à un mineur âgé de moins de 16 ans en ce qui concerne les vins et bières et 18 ans en ce qui concerne les boissons spiritueuses. Suite au projet de loi du 20 octobre 2009 adopté par la commission Santé publique de la chambre, et voté en plénière le 12 novembre 2009, cela concernera tant la vente (magasin) que le service (débit de boissons). Cette loi sera d'application à partir de 2010.
2. La loi du 15 juillet 1960 sur la préservation de la jeunesse.
3. La loi du 28 décembre 1983 sur la patente des débits de boissons spiritueuses interdit de vendre, offrir ou servir des boissons spiritueuses à des mineurs.
4. La loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits offre la possibilité de réglementer et d'interdire la publicité pour l'alcool et les boissons alcoolisées et permet d'approuver en tout ou en partie les conventions conclues entre des associations représentant les producteurs, les consommateurs et le secteur Horeca.
5. En prolongation des deux dernières lois, la convention d'autorégulation (juin 2005) en matière de conduite et de publicité des boissons contenant de l'alcool regroupe la fédération du secteur (vins, spiritueux et bières) FEDIS, les représentants de l'Horeca, le JEP, le CRIOC (qui s'est retiré) et Test Achats. La publicité pour les boissons alcoolisées ne peut :
 - cibler les mineurs d'âge ;
 - inciter ou encourager une consommation irréfléchie, exagérée ou illégale ;
 - suggérer que la consommation d'alcool mène à la réussite sociale ou sexuelle ou augmente les performances sportives ;
 - établir de liens entre la consommation d'alcool et la conduite d'un véhicule...

En outre, la vente ne peut s'effectuer à proximité des écoles et la distribution gratuite est interdite. Le contrôle de la convention revient au Jury d'éthique publicitaire (JEP, dont les sanctions n'ont pas force contraignante).

6. La législation sur la circulation routière. Concernant cette législation, la conduite sous influence n'a subi aucune modification suite à l'entrée en vigueur d'une nouvelle législation sur la circulation routière au 31 mars 2006. Les sanctions pour **conduite sous influence** (d'alcool, de drogues, de médicaments,...) n'ont finalement pas été modifiées par la nouvelle loi. L'application et le contrôle du respect de la législation existante sont les axes prioritaires à cet égard. Toute personne est passible d'une sanction dès que la teneur en alcool de l'air qu'il expire contient plus de 0,22 milligrammes par litre d'air ou lorsque son taux d'alcool sanguin dépasse 0,5 grammes par litre, le fameux 0,5 pro mille. Les sanctions et amendes augmentent en proportion du taux d'alcool constaté³⁵. A cet égard, nous renvoyons les lecteurs intéressés au tableau récapitulatif mis en annexe³⁶.
7. Depuis avril 2009, la Convention Collective du Travail n°100 (CCT) concrétise et met en application la recommandation qui était faite dans le Plan d'Action National Alcool³⁷ (PANA) : les entreprises (privé) ont désormais l'obligation de concevoir et mettre en œuvre des mesures de prévention luttant contre l'alcoolisme sur les lieux du travail. Les entreprises ont un an pour mettre en œuvre ces plans en leur sein (avril 2010).

³⁵ A cet égard, soulignons juste que lors d'un contrôle d'alcoolémie, la police demande de souffler dans un simple appareil respiratoire. Si le résultat est positif, il y aura une analyse d'haleine pour déterminer précisément la teneur en alcool de l'air expiré par les alvéoles pulmonaires ou une prise de sang.

³⁶ Annexe n°2.

³⁷ <http://www.cnt-nar.be/F1I.htm>. Voir également : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1079>.

II. CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE

Le recours aux enquêtes en population générale permet de suivre les évolutions des usages de substances psychoactives, dont l'alcool, au niveau européen mais aussi au sein de la population belge et au niveau bruxellois, et d'identifier l'évolution des pratiques de consommation.

Parmi les adultes, l'alcool se distingue des autres produits psychotropes par le fait que la proportion d'usagers réguliers augmente avec l'âge.

Les données présentées ici, compte tenu des catégories utilisées lors de la réalisation des études scientifiques, concernent tout d'abord les plus jeunes, puis les adultes.

Dans le cadre de ce rapport et afin de rappeler le contexte épidémiologique, nous n'avons repris qu'une partie des données disponibles. Nous renvoyons le lecteur intéressé aux différentes enquêtes renseignées dans la bibliographie.

2.1. Consommation d'alcool parmi les jeunes (12-20 ans)

Jusqu'il y a peu, la Belgique, avec les Pays-Bas, l'Autriche et Malte, faisait partie des pays où la consommation d'alcool chez les jeunes était la plus fréquente avec une prévalence plus élevée en Flandre qu'en Wallonie³⁸. Mais, en 2006, on peut constater que la consommation au moins hebdomadaire d'alcool est plus précoce au niveau de la Communauté française que de la Communauté flamande et de la moyenne des 40 pays ou régions au sein desquels est menée l'enquête HBSC³⁹.

Toutefois, l'âge moyen de la première prise d'alcool est passé de 11,7 ans⁴⁰ à 12,3 ans⁴¹ en 4 ans.

Chez les jeunes, la consommation d'alcool concerne plus de garçons que de filles (45 % contre 36 %⁴²). Celle-ci est variable en fonction des régions (44 % des jeunes Flamands contre 36 % en Wallonie⁴³). À Bruxelles, près de deux tiers des jeunes de 12 à 18 ans déclarent avoir déjà consommé une boisson alcoolisée⁴⁴. De plus, la consommation d'alcool serait moins répandue au sein des groupes sociaux les moins favorisés (51 % contre 61 % dans les groupes sociaux les plus favorisés⁴⁵) et c'est aussi au sein de ce groupe que les quantités consommées seraient les moins importantes (4,5 verres par semaine contre 6,3 verres par semaine pour les positions sociales originaires des classes moyennes et 6,2 verres par semaine pour les groupes sociaux les plus favorisés⁴⁶).

³⁸ ESPAD, *Enquête ESPAD - The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, France, 2003.

³⁹ FAVRESSE D., DE SMET P., *Tabac, alcool, drogues et multimédias chez les jeunes en Communauté française de Belgique. Résultats de l'enquête HBSC 2006*, Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES), ESP-ULB, Bruxelles, 2008.

⁴⁰ CRIOC., *Alcool et boissons alcoolisées*, Bruxelles, 2005.

⁴¹ CRIOC, *Jeunes et boissons alcoolisées*, Bruxelles, 2009.

⁴² CRIOC (2005), op. cit.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ CONCERTATION TOXICOMANIE BRUXELLES (CTB), consultable sur le site internet : <http://www.ctbodb.be/fr/epidemiologie/>

⁴⁵ CRIOC (2005), op. cit.

⁴⁶ CRIOC (2009), op. cit.

2.1.1. Consommation régulière (1 fois par semaine ou plus)

La consommation régulière d'alcool est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, et celle-ci augmente avec l'âge⁴⁷. En effet, en Communauté française de Belgique, un quart des jeunes âgés de 12 à 20 ans de l'enseignement secondaire déclare consommer de l'alcool au moins une fois par semaine contre moins d'un sur vingt chez les 9 – 14 ans⁴⁸ des deux dernières années de l'enseignement primaire. Ces chiffres reflètent une augmentation de la prévalence au début du secondaire qui laisse supposer que cette habitude de consommation a tendance à se développer pendant cette période. On a pu également observer une diminution de la consommation régulière d'alcool avec un taux de consommateurs réguliers qui a chuté de 48 % à 28 % chez les 13, 15 et 17 ans entre 1986 et 2002⁴⁹. Malgré l'absence de chiffres comparables⁵⁰, les observations effectuées chez les plus jeunes semblent refléter une stabilisation de la consommation.

À Bruxelles, la consommation hebdomadaire des garçons passe d'un peu plus de 6 % en fin d'études primaires à environ 45 % à 16-18 ans⁵¹.

2.1.2. Consommation abusive

Concernant le nombre de cas d'ivresse, la Belgique est un des pays d'Europe où celui-ci est le plus faible⁵², même si on constate une augmentation globale du phénomène chez les adolescents. Cette expérimentation de l'ébriété s'accroît particulièrement avec l'âge et touche d'avantage les garçons que les filles⁵³. En effet, l'expérimentation de l'ivresse plus d'une fois au cours de la vie est passée de 25 % à 30,4 % chez les jeunes de l'enseignement secondaire entre 1994 et 2006. Toutefois, celle-ci a chuté de 4,5 % à 3,4 % pour les jeunes des deux dernières années de l'enseignement primaire au cours de la même période⁵⁴. Par conséquent, nous pouvons constater une régression de l'expérimentation de l'ivresse chez les plus jeunes et il pourrait être intéressant de se questionner sur les causes de ce phénomène.

Environ trois quart des jeunes âgés de 12 à 14 ans n'ont jamais expérimenté l'ivresse alors que la majorité des 15-17 ans déclarent avoir expérimenté celle-ci et plus de la moitié des garçons de 18-20 ans déclarent avoir connu l'ébriété 4 fois ou plus au cours de leur vie⁵⁵.

⁴⁷ CURRIE C., NIC GABHAINN S., GODEAU E., ROBERTS C., SMITH R., CURRIE D., PICKETT W., RICHTER M., MORGAN A., & BARNEKOW RASMUSSEN V., *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ PIETTE D., PARENT F., COPPIETTERS Y., FAVRESSE D., BAZELMANS C., KOHN L., DE SMET P., *La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994? Comportements et mode de vie des jeunes en décrochage scolaire en Communauté française de Belgique de 1986 à 2002*, ULB-PROMES, Bruxelles, 2003.

⁵⁰ Les chiffres disponibles des études plus récentes pour cette catégorie d'âge ont été récoltés pour la Flandre uniquement.

⁵¹ CTB, op. cit.

⁵² ESPAD, op. cit.

⁵³ PIETTE D., PARENT F., COPPIETTERS Y., FAVRESSE D., BAZELMANS C., KOHN L., DE SMET P., op. cit.

⁵⁴ FAVRESSE D., DE SMET P., op. cit.

⁵⁵ CURRIE C., NIC GABHAINN S., GODEAU E., ROBERTS C., SMITH R., CURRIE D., PICKETT W., RICHTER M., MORGAN A., & BARNEKOW RASMUSSEN V., op. cit.

Concernant les conduites dites de « *binge drinking* », très peu de données sont disponibles, et il est par conséquent impossible d'évaluer l'ampleur de ce phénomène. De plus, rien ne permet, à la lecture de la définition (consommation de 5 verres ou plus pour les hommes et 4 verres ou plus pour les femmes en une seule occasion⁵⁶), de conclure que ce type de consommation amène de façon systématique à l'ivresse et moins encore à la « *biture express* »⁵⁷.

Néanmoins, ce phénomène nécessite une attention et un suivi soutenus puisqu'il semble que les usages abusifs d'alcool soient davantage une conduite spécifique juvénile, notamment associée aux sorties (surtout le week-end). Conduite trouvant son point culminant chez les jeunes adultes⁵⁸.

2.1.3. Consommation abusive régulière

Concernant les consommations régulières et importantes d'alcool, moins d'un jeune sur dix consomme plus de 7 verres d'alcool par semaine et moins d'un sur vingt consomme plus de 2 boissons alcoolisées par jour chez les jeunes âgés de 12 à 20 ans⁵⁹.

Ce type de consommation est plus répandu chez les garçons (ceux-ci étant 5 fois plus à risque que les filles de consommer plus de 7 verres d'alcool par semaine et 6 fois plus à risque d'en consommer quotidiennement plus de 2 verres) et augmente avec l'âge (comportement étant 5 fois plus fréquent chez les 15-17 ans que chez les 12-14 ans et 10 fois plus fréquent chez les 18-20 ans que chez les 12-14 ans)⁶⁰. Ces chiffres nous montrent que le binge drinking, notamment la fréquence avec laquelle les jeunes s'adonnent à cette pratique, doit être relativisé et est loin de concerner la majorité des jeunes contrairement aux informations véhiculées régulièrement par les médias.

2.1.4. Les jeunes bruxellois

Nous reprenons ici les données synthétisées par la Concertation Toxicomanies Bruxelles (<http://www.ctb-odb.be/fr/epidemiologie/>)

⁵⁶ L'intentionnalité, appréciation n'apparaissant pas dans la définition, est une notion médiatique importante du "binge drinking" ; de plus, le terme « occasion » n'étant pas défini, il peut aussi bien s'agir d'un laps de temps très bref que d'un évènement d'une longue durée, l'évaluation de ce type de pratique nécessite un consensus sur sa définition.

⁵⁷ INFOR-DROGUES, *Et les médias créèrent le binge drinking*, Bruxelles, 2008.

⁵⁸ FAVRESSE D., DE SMET P., op.cit.

⁵⁹ CURRIE C., NIC GABHAINN S., GODEAU E., ROBERTS C., SMITH R., CURRIE D., PICKETT W., RICHTER M., MORGAN A., & BARNEKOW RASMUSSEN V., op.cit.

⁶⁰ FAVRESSE D., DE SMET P., op. cit.

Les jeunes bruxellois de 10 à 18 ans sont en 2006 :

- près de trois sur quatre à révéler avoir déjà consommé une boisson alcoolisée. Le taux d'expérimentation dépasse déjà 40 % à 10-11 ans, et ce, dans les deux sexes. Les garçons atteignent 90 % à 17-18 ans, les filles également.
- plus de 20 % à déclarer avoir été plus d'une fois ivre. Pour cet indicateur, les garçons de l'enseignement général de 17-18 ans rapportent des taux de 64,2 %.
- 19,1 % à signaler boire au moins un verre d'alcool par semaine, les garçons de 17-18 ans, en enseignement général, dépassent les 60 %.
- de manière plus préoccupante, 5,2 % de l'ensemble des jeunes (garçons et filles confondus) de 10 à 18 ans consommant plus de 7 verres d'alcool par semaine. Les taux culminent ici aussi parmi les garçons de l'enseignement général où ils dépassent 30 %. Plus de la moitié d'entre eux (17,1 %) déclarant boire plus de 2 verres par jour.
- les taux féminins, pour les consommations importantes surtout, sont toujours très en deçà des constatations relevées chez leurs homologues masculins.

La consommation exprimée en nombre de verres par semaine, indique un risque plus important chez les garçons, parmi les 16-18 ans par rapport aux plus jeunes et dans les deux filières d'enseignement, général et technique en comparaison de la filière professionnelle.

Concernant la population musulmane bruxelloise, son refus culturel de l'alcool est à prendre en compte dans les données relatives à la consommation d'alcool. Par ailleurs, le recours à l'alcool de personnes de religion musulmane peut s'inscrire dans le désir de s'intégrer dans la culture belge, comportement qui peut signer leur rejet de leur cercle familial et social. C'est le cas de certains jeunes musulmans qui sont déchirés entre leur désir d'appartenance à la culture belge et celui de conserver leur loyauté à leur culture familiale qui prohibe l'alcool. La transgression des règles des groupes d'appartenance peut déboucher sur des consommations problématiques.

2.2. Consommation d'alcool parmi les adultes (15 ans et plus)

En Belgique, 38 % de la population est abstinente (17 %) ou consomme peu d'alcool (21 %), à savoir, moins d'une fois par semaine, avec des proportions plus élevées chez les femmes que chez les hommes (respectivement 46 % contre 28 %)⁶¹.

La consommation d'alcool est donc plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (89 % contre 80 %⁶²), et ce, en quantité plus importante, à savoir, 13 verres par semaine pour les hommes contre 7 pour les femmes⁶³.

La consommation d'alcool varie en fonction des régions et concerne environ 75 % de la population bruxelloise. Elle est plus répandue chez les hommes que chez les femmes (79 % contre 71 %) et le pourcentage d'abstinents y est plus élevé que pour les autres régions⁶⁴.

⁶¹ BAYINGANA K., DEMAREST S., GISLE L., HESSE E., MIERMANS P.-J., TAFFOREAU J., VAN DER HEYDEN J., *Enquête de santé par Interview*, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, 2004.

⁶² Ibid.

⁶³ Ibid.

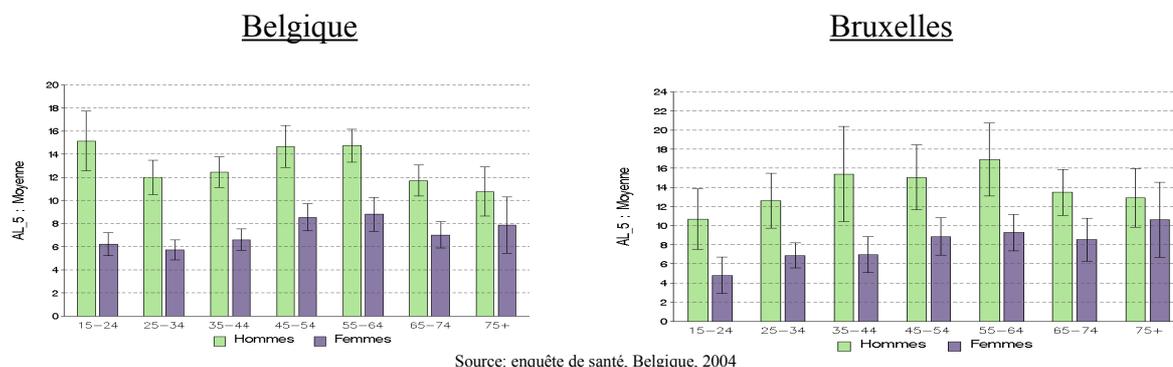
⁶⁴ Ibid.

À Bruxelles, la consommation moyenne est de 11 verres d'alcool par semaine et varie en fonction du niveau d'instruction, celle-ci étant plus importante au sein des milieux les plus éduqués (93 % contre 68% dans les familles les moins scolarisées au niveau national et 89 % contre 40 % pour Bruxelles⁶⁵).

Concernant les jeunes Bruxellois, la consommation d'alcool concerne 59 % des 15-24 ans contre 84 % au niveau national et ceux-ci boivent en moyenne 8 verres par semaine (moyenne moins élevée que pour les autres régions)⁶⁶.

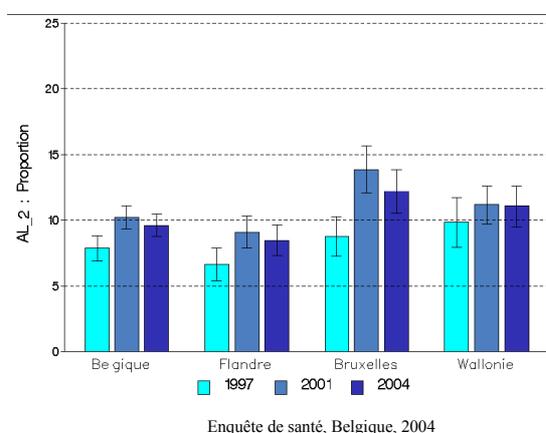
La répartition en fonction des catégories d'âge montre que les plus fortes proportions de consommateurs se trouvent chez les adultes de 25 à 34 ans et de 45 à 54 ans et que les proportions d'abstinents et de personnes qui consomment de l'alcool moins d'une fois par semaine sont les plus élevées chez les 15-24 ans ainsi que chez les plus de 75 ans⁶⁷. Concernant cette dernière catégorie d'âge, nous pouvons aussi observer que le taux de consommateurs y est plus important à Bruxelles qu'au niveau national (75 % contre 68,2 %⁶⁸).

Consommation moyenne d'alcool (en nombre de verres par semaine) dans la population de consommateurs âgés de 15 ans et plus par âge et par sexe



2.2.1. Consommation régulière

Environ 10 % de la population de 15 ans et plus consomme de l'alcool quotidiennement en Belgique et 12 % à Bruxelles⁶⁹.



⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ Ibid.

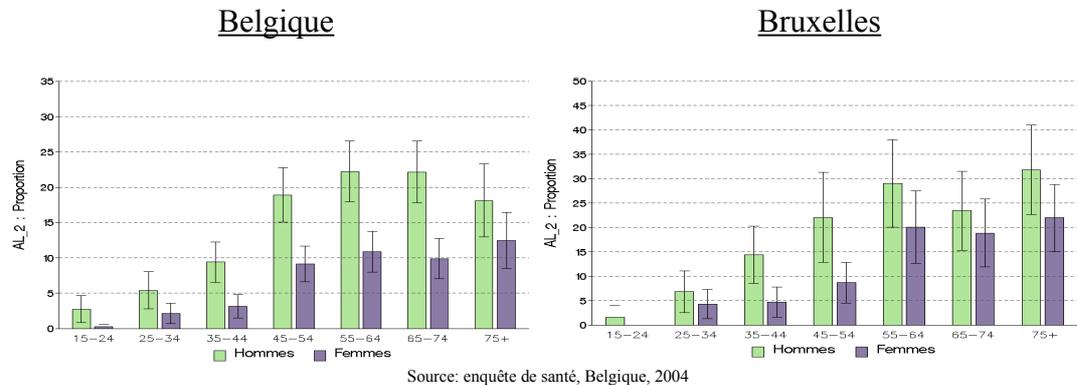
⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ Ibid.

Ce type de consommation est deux fois plus répandu chez les hommes que chez les femmes (13 % contre 6 %) et augmente avec l'âge, allant de 2 % chez les 15-24 ans pour atteindre un maximum de 23 % chez les 55 à 74 ans au niveau national et de 26 % chez les plus de 75 ans à Bruxelles⁷⁰.

Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) qui consomme quotidiennement de l'alcool, par région et par année, Enquête de santé, Belgique, 2004



2.2.2. Consommation abusive

L'Institut Scientifique de Santé Publique estime que la prévalence de la consommation abusive d'alcool au niveau national est de 18 % chez les personnes âgées de 15 ans et plus⁷¹.

7 % de la population peut être qualifiée de "gros buveur" sur base d'une consommation hebdomadaire moyenne d'au moins 22 verres d'alcool.

C'est à Bruxelles que la part de gros buveurs est la moins élevée (2 % contre 7 % au niveau national⁷²).

C'est entre 45 et 64 ans que la consommation moyenne d'alcool est la plus élevée et que les proportions concernant les consommations dépassant les 4 jours par semaine et les gros buveurs sont les plus élevées⁷³.

2.2.3. Consommation abusive régulière

18 % de la population s'adonne à une consommation abusive d'alcool au moins une fois chaque mois et 10 % le fait chaque semaine⁷⁴.

La consommation abusive régulière (au moins une fois par mois) d'alcool (cf. graphique ci-après) est plus élevée pour la Belgique que pour Bruxelles et est la plus fréquente chez les 15-54 ans (> 20%) ainsi que chez les hommes (22 % contre 8 % chez les femmes)⁷⁵.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Ibid.

⁷² Ibid.

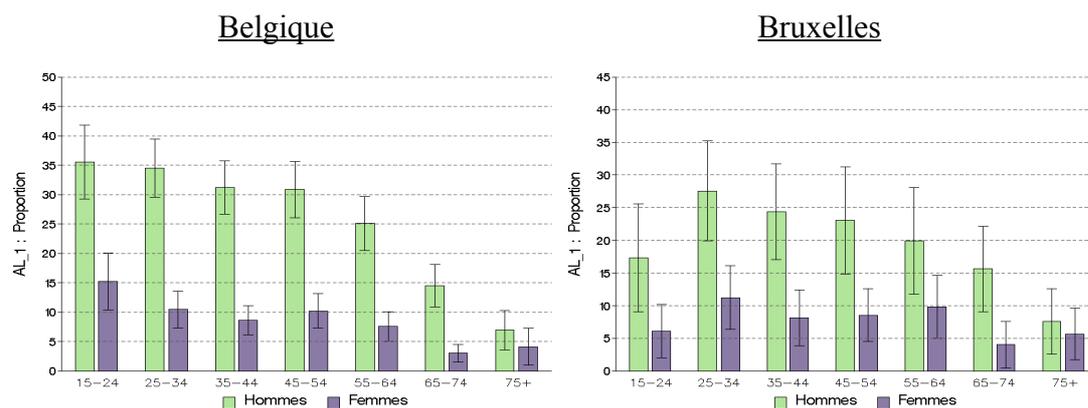
⁷³ Ibid.

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ Ibid.

Pour Bruxelles, on constate que la prévalence de l'abus régulier d'alcool – hommes et femmes - (cf. graphique ci-après) est la plus haute (19 %) entre 25 et 34 ans ainsi qu'une augmentation de la consommation hebdomadaire après 24 ans avec un maximum chez 55-64 ans pour les hommes (17 verres par semaine) et après 75 ans pour les femmes (11 verres par semaine).

Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus avec une consommation abusive d'alcool régulière (1 fois par mois ou plus), par sexe et par âge.



Les consommations excessives, que celles-ci soient régulières, fréquentes ou chroniques, concernent davantage les hommes que les femmes (22 % contre 8 %) et sont moins fréquentes chez les 15-24 ans (2 % de moins que pour la population générale)⁷⁷.

Les abus chroniques concernent environ 5 % des hommes et 2 % des femmes et sont de deux tiers inférieurs pour les hommes et inexistantes chez les femmes pour les 15-24 ans⁷⁸.

2.2.4. Problèmes liés à la consommation d'alcool

Les personnes considérées comme ayant une consommation problématique sont celles ayant répondu positivement à au moins 2 questions sur les 4 que contient le questionnaire CAGE.

⁷⁶ Ibid.

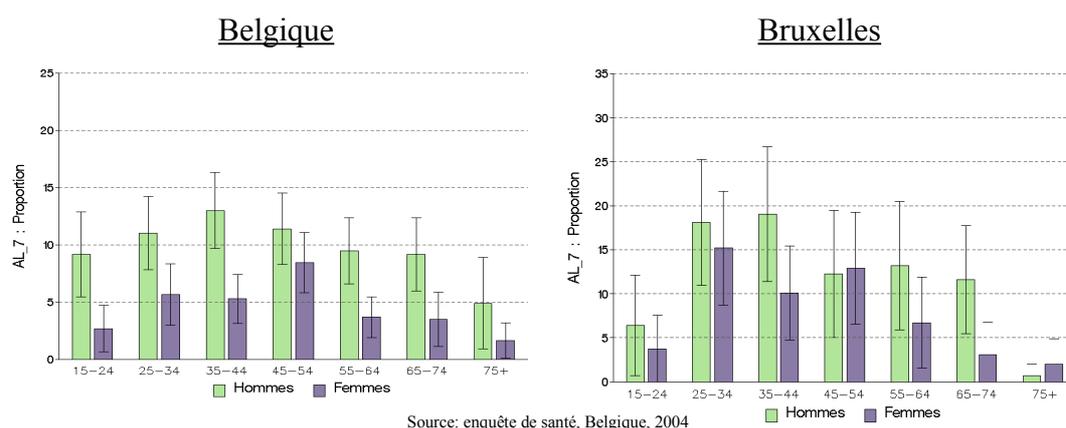
⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ Ibid.

La consommation d'alcool dite problématique concerne environ 8 % de la population de 15 ans et plus. Elle est plus répandue chez les hommes que chez les femmes (10 % contre 5 %) et varie en fonction de l'âge : c'est chez les 45-54 ans que l'on rencontre le plus grand nombre de consommateurs à problèmes (10 %), néanmoins les difficultés semblent s'amorcer plus tôt, vu que 8 % à 9 % des consommateurs de 25 à 44 ans éprouvent déjà des problèmes liés à leur consommation⁷⁹.

La consommation problématique connaît donc des disparités régionales (en région bruxelloise, elle est plus répandue qu'au niveau national et la différence homme femme y est moins marquée que dans les autres régions) et varie avec l'âge. À Bruxelles, l'usage problématique atteint son maximum chez les 25 à 34 ans (17 %), catégorie d'âge au sein de laquelle les femmes sont le plus concernées par le phénomène (15 %), alors que pour les hommes, ce type de consommation est le plus répandu chez les 35-44 ans (19 %)⁸⁰.

Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus présentant des problèmes liés à l'alcool par âge et par sexe



2.3. Synthèse

En règle générale, les prévalences de l'usage d'alcool, de la consommation régulière et de la consommation quotidienne d'alcool augmentent avec le niveau d'éducation et avec l'âge, et sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes.

Concernant les consommations abusives, elles sont plus fréquentes et plus régulières chez les jeunes et se déroulent généralement le week-end.

L'abus d'alcool, au moins une fois par mois, a tendance à s'accroître au cours de l'adolescence pour atteindre un maximum chez les jeunes de 15 à 24 ans puis décroître au fur et à mesure de l'avancée dans l'âge adulte (entrée dans la vie active, implication dans des relations affectives de plus en plus stables). Par conséquent, l'abus d'alcool relèverait davantage d'une conduite spécifiquement juvénile associée aux sorties du week-end.

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Ibid.

Néanmoins, cette réduction des consommations abusives d'alcool après 24 ans ne signifie pas un arrêt de toute consommation d'alcool. En effet, au fur et à mesure que l'âge augmente, la consommation a tendance à s'étaler sur toute la semaine et à devenir quotidienne, et ce, dès l'adolescence pour atteindre un point culminant chez les 45-64 ans. Ainsi, la consommation hebdomadaire d'alcool, qui touche un peu plus d'un quart des 12-20 ans, concerne les deux tiers des adultes de 35-65 ans. Il en est de même pour la consommation de plus de 7 verres de boissons alcoolisées par semaine qui est rapportée par environ un jeune sur dix de 12-20 ans et touche environ un tiers des adultes de 45-64 ans.

Ces changements entre les alcoolisations adolescentes et celles des adultes montrent que la consommation d'alcool doit faire l'objet d'une approche différenciée. Chez les adolescents et les jeunes adultes, ce sont les comportements sous l'influence de l'abus d'alcool (conduite d'un véhicule, rapports sexuels non protégés, les bagarres, etc.) qui sont les plus préoccupants, alors que chez les plus âgés il s'agit davantage du risque de dépendance. Il importe donc d'agir avec discernement.

Dans le même sens, au vu des différentes données épidémiologiques en présence, il importe aussi de veiller à ne pas développer des politiques qui par leur ciblage seraient porteuses de stigmatisation.

III. LE CONTEXTE CLINIQUE

3.1. Impacts et conséquences d'une consommation problématique ou abusive d'alcool

3.1.1. Introduction

Le mot « drogue »⁸¹ désigne toute substance, naturelle ou synthétique, qui a un effet modificateur sur l'état de conscience et/ou l'activité mentale. Il n'existe pas une drogue mais des drogues, tant licites qu'illicites, toute société créant un clivage entre les différentes drogues. Du fait de leur illégalité, la césure entre les « drogues » illicites et les substances licites (alcool, médicaments) a toujours départagé les produits inclus dans le champ des toxicomanies, de ceux licites et culturellement acceptés.

« Dans les sociétés du Nord, l'alcool a été intégré dans la culture au point qu'on en oublie parfois que ce produit est aussi une drogue »⁸². Ce qui explique que l'alcool, qui est pourtant une drogue à toxicité élevée posant des risques de dépendance physique forte (comme l'héroïne), n'est pas toujours perçu comme une drogue parce qu'il est un produit intégré dans la culture, et que son usage est plus facilement banalisé.

Dans la même logique, le traitement face à ces produits a toujours été différencié par la logique publique. Or les drogues illicites, et licites, comme l'alcool, et dans un autre contexte les médicaments prescrits contre l'angoisse, l'anxiété ou les troubles du sommeil sont tous des produits psychoactifs, c'est-à-dire qu'ils ont un impact sur l'humeur et modifient tous, plus ou moins, les états de conscience, la vigilance, les perceptions et les sensations.

3.1.2. La question de la dépendance

Concernant les produits, avec l'héroïne, l'alcool est une substance à haute toxicité. En effet, par rapport aux autres substances, tout comme l'héroïne mais contrairement à la marijuana et même à la cocaïne (controverse), la consommation problématique et/ou abusive d'alcool sur un long terme est une des consommations qui a le plus de risque d'entraîner une dépendance physique, outre la dépendance psychologique qu'elle crée⁸³, et avoir de multiples effets néfastes sur la santé⁸⁴.

⁸¹ Cfr. Document sur les drogues réalisé par l'équipe de prévention d'Infor-Drogues, INFOR-DROGUES, Bruxelles, 14/01/08.

⁸² Ibid, p.1.

⁸³ On distingue la dépendance psychologique de la dépendance physique, qui elle dépend des propriétés pharmacologiques du produit.

⁸⁴ GEIBE, R., *L'alcoolisme au quotidien. De la consommation agréable à la dépendance.*, Seili Arslan, Paris, 2008.

Tout comme les drogues illicites, une consommation abusive d'alcool entraîne donc des risques d'addiction et/ou de dépendance, « la dépendance à une substance psychoactive étant caractérisée par le désir compulsif de consommer un produit, l'incapacité pour une personne d'être bien sans un produit. Elle se développe après un certain laps de temps et une certaine régularité de consommation, variable en fonction des individus et des produits »⁸⁵.

Philippe Jean Parquet⁸⁶ distingue l'usage, l'usage nocif et la dépendance, qu'il définit comme suit :

L'usage est « une consommation de substance psychoactives n'entraînant ni complication ni dommage » ; il relève donc d' « un comportement régulier ou non de consommation de substances psychoactives qui n'entraîne pas de dommages »⁸⁷.

L'usage nocif quant à lui, « tel qu'il est défini par l'OMS dans le CIM 10 et par l'Association américaine de psychiatrie dans le DSM IV – alors appelé abus -, est caractérisé par une consommation de substances psychoactives susceptible d'induire des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même soit pour son environnement proche ou lointain, les autres, la société, mais ne fait pas référence au caractère licite ou illicite du produit »⁸⁸. Dans ces définitions (DSM IV et le CIM 10), « l'accent est mis sur le fait que les dommages ne doivent pas être réduits à ce qu'on appelle classiquement les dommages sanitaires »⁸⁹. Enfin, soulignons encore que « ces dommages induits par la consommation de substances psychoactives peuvent être liés soit aux substances elles-mêmes, soit aux modalités de la consommation, soit aux comorbidités aggravées par la consommation, soit au contexte social ou culturel »⁹⁰.

Enfin, la définition de la dépendance par le DSM IV (1994) « intègre des données d'ordre biologique et d'ordre psychologique mais aussi des critères de comportement social. Elle précise par ailleurs que la dépendance physique n'est pas indispensable pour parler de dépendance aux substances psychoactives »⁹¹. Ce dont rendent compte les définitions du DSM IV (1994) et du CIM 10 (OMS, 1992), c'est de l'évolution ou de la diversité dans le temps des comportements de dépendance et des possibilités de rémission (précoce ou prolongée d'une part et complète ou partielle d'autre part) quand bien même elles posent la dépendance « comme un comportement psychopathologique en rupture avec le fonctionnement habituel du sujet. Il s'agit d'un trouble mental devant être considéré au travers de ses caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et éthiques, comme tous les troubles mentaux »⁹².

⁸⁵ Document sur les drogues réalisé par l'équipe de prévention d'Infor-Drogues, op. cit., p.3.

⁸⁶ PARQUET P.-J., *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance*, Dossiers techniques, Education pour la Santé, CFES, France, 1998, p.17-20. Document accessible sur le site suivant : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/287.pdf>

⁸⁷ Ibid., p.17.

⁸⁸ Ibid., p.17.

⁸⁹ Ibid, p.18.

⁹⁰ Ibid, p.18.

⁹¹ Ibid., p.18.

⁹² Ibid, p.19-20.

La dépendance est un phénomène qui s'installe sur un long terme ou non, et s'exprime par la transition progressive entre des alcoolisations aiguës et l'alcoolisme. A cet égard, les caractéristiques de l'alcool ne sont pas négligeables dans la survenue des problèmes de dépendance liés à sa consommation. L'éthanol (substance active de l'alcool) provoque la libération de dopamine dans les circuits cérébraux, notamment dans ceux responsables du plaisir. Une consommation chronique d'alcool va engendrer une hypersensibilité des récepteurs dopaminergiques qui en l'absence d'éthanol vont engendrer un état de manque. C'est à ce moment que l'on passe d'une consommation non problématique à une relation de dépendance.

La dépendance physique va s'exprimer au travers de divers symptômes (symptômes de manque par exemple, sueurs, tremblements des mains, accélération du rythme cardiaque, nausées ou vomissements, transpiration, crise d'épilepsie, insomnie, hallucinations), qui se manifestent lorsque l'individu ne consomme presque pas ou peu d'alcool. En effet, ces symptômes de sevrage traduisent que le corps a besoin d'alcool, et disparaissent après quelques jours. La dépendance psychique quant à elle se manifeste au travers de pulsions incontrôlables de consommer de l'alcool, une incapacité de se sentir bien sans boire, une perte de la liberté de ne pas boire. Ce type de dépendance s'installe généralement avant la dépendance physique. Même si ces deux notions sont indissociables, la dépendance psychique concerne beaucoup plus de personnes que la dépendance physique, et est également plus longue et plus difficile à traiter. La dépendance à l'alcool, à la fois physique et psychologique, entraîne souvent de grandes souffrances en cas de sevrage.

Elle est caractérisée par :

- soit l'incapacité de s'abstenir de boire quotidiennement (dans le cas de l'alcoolisme chronique);
- soit la perte de contrôle sur la quantité ingérée (dans le cas de l'alcoolisme cyclique⁹³).

Selon la classification du DSM-IV, la dépendance est définie par la survenue simultanée d'au moins 3 parmi les 7 critères suivants:

- Tolérance accrue.
- Symptômes de sevrage.
- Perte de contrôle, incapacité d'arrêter.
- Préoccupations liées à l'approvisionnement.
- Désir persistant et infructueux de diminuer ou d'interrompre sa consommation.
- Répercussions négatives de la consommation sur les loisirs et la vie sociale.
- Consommation persistante malgré des problèmes de santé physique ou psychique.

⁹³ On parle d'alcoolisme « cyclique » dans le cas d'usages non réguliers ou quotidiens, mais lors desquels l'utilisateur ingurgite des quantités excessives d'alcool en continu durant un intervalle de temps « x » (d'un soir à quelques jours ou semaine), avant d'arrêter à nouveau de consommer. Souvent, au fil des années les cycles se rapprochent : les intervalles sans usage d'alcool ont tendance à se raccourcir alors que les épisodes d'alcoolisation ont tendance à augmenter. Cf. : http://www.ssmg.be/new/files/IMP_Alcool_DefiMG.pdf

La consommation abusive régulière provoque une tolérance qui conduit à en absorber de fortes doses. A long terme, des doses importantes et répétées entraînent une toxicité qui agit sur de nombreux organes : principalement le foie (cirrhose), le système nerveux, tant central que périphérique (confusion mentale, troubles de la mémoire...), le pancréas, les nerfs périphériques et les voies digestives hautes (bouche, glotte, larynx, ...).

A titre indicatif, voici la classification proposée par le Pr. Roques, responsable du rapport sur « La dangerosité des drogues »⁹⁴ :

	Héroïne (opioïde)	Cocaïne	MDMA « Ecstasy »	Psycho-Stimulants	Alcool	Benzo-diazépine	Cannabis	Tabac
Dépendance physique	Très forte	Faible	Très faible	Faible	Très forte	Moyenne	Faible	Forte
Dépendance psychique	Très forte	Forte, mais intermittente	?	Moyenne	Très forte	Forte	Faible	Très forte
Neurotoxicité	Faible	Forte	Très forte ?	Forte	Forte	0	0	0
Toxicité générale	Forte	Forte	Eventuellement très forte	Forte	Forte	Très faible	Très faible	Très forte
Dangerosité sociale	Très forte	Très forte	Faible (?)	Faible (exceptions possibles)	Forte	Faible (sauf conduite, machines, etc.)	Faible	0

La dangerosité des produits recouvre tant des aspects sanitaires, que relationnels, affectifs, sociaux et judiciaires. « Elle varie fortement en fonction du produit, mais surtout des quantités et de la régularité de consommation »⁹⁵.

Enfin, en fonction du contexte, de la trajectoire de la personne et des quantités consommées, la consommation d'alcool peut aussi entraîner des problèmes financiers, familiaux, professionnels, sociaux,...tout comme ceux-ci peuvent générer le recours à l'alcool. Ainsi, au niveau sanitaire, la dangerosité « directe » renvoie aux propriétés pharmacologiques du produit, sa toxicité générale sur le corps et sa neurotoxicité (effets sur le système nerveux). A quoi s'ajoutent les effets néfastes liés aux moyens de consommation, à la détérioration du style de vie, etc. Au niveau social, on parle donc de dangerosité « indirecte ». Elle renvoie quant à elle à l'ensemble des conséquences non médicales d'un usage problématique ou dépendant qui ont un impact néfaste sur les relations affectives et sociales.

3.1.3. La substance et ses effets

3.1.3.1. Impacts sur le corps

En règle générale, on considère que consommé avec modération (0,5 gr), l'alcool a un effet stimulant⁹⁶ ; il désinhibe et procure un sentiment de confiance en soi tout en facilitant le contact. Cependant, si l'effet immédiat de l'alcool est stimulant et agréable (jusqu'à 1 gr), il peut, à plus long terme, évoluer vers des effets déprimeurs.

⁹⁴ Rapport commandité par le Ministre français de la Santé en 1998.

⁹⁵ Ibid, p.4.

⁹⁶ Intervention de R. GUEIBE, lors de la Matinée d'étude « L'alcool et les jeunes », organisé par le Centre d'études Jacques Georgin, le samedi 14 février 2009, Bruxelles.

A plus forte dose (2 à 3 gr), il produit une euphorie qui peut aller jusqu'à l'ivresse et une forte désinhibition, qui peut conduire à des comportements imprudents, extravagants voire agressifs et violents. Il perturbe fortement les perceptions, ralentit les réflexes (perte de l'équilibre, trouble de la vision, problème de coordination) et diminue la concentration; un certain nombre d'accidents peuvent lui être imputés (circulation routière, lieu de travail, accident domestique,..) sans oublier la "gueule de bois" du lendemain.

A très forte dose (3 à 4 gr), l'alcool entraîne des oublis et une perte de contrôle de soi (perte d'équilibre, difficultés d'élocution et confusion mentale). Au-delà de 4 grammes, c'est le risque de "coma éthylique", qui peut provoquer la mort par arrêt respiratoire⁹⁷.

Le fait de consommer abusivement de l'alcool sur un long terme va avoir des effets néfastes sur la santé, l'alcool étant une substance chimique qui a des effets sur les fonctions métaboliques de l'organisme. Ainsi, outre le coma éthylique, les risques pour la santé sont les suivantes : un impact sur la mémoire, la qualité du sommeil, gastrite⁹⁸, œsophagite⁹⁹, neuropathie ou polynévrite¹⁰⁰, hypertension portale (problèmes de circulation se manifestant par l'apparition de varices autour de l'œsophage), ascite (apparition d'eau dans le ventre), pancréatite¹⁰¹, fibrose du foie ou cirrhose¹⁰², dégénérescence du cervelet¹⁰³, démence de Korsakoff¹⁰⁴. La consommation d'alcool peut aussi être un facteur de risque dans le développement de certains cancers, notamment pour ceux dont les sites se trouvent au niveau de l'œsophage, de la jonction entre l'œsophage et l'estomac, du foie et du pancréas.

⁹⁷ Il s'agit d'une intoxication aiguë qui se traduit par une perte de conscience. A son stade le plus grave, le coma éthylique peut provoquer la mort par arrêt respiratoire. C'est assez rare mais cela peut survenir notamment lors de concours de boissons où l'on se met au défi de boire des quantités importantes en très peu de temps.

⁹⁸ Il s'agit d'une irritation de la muqueuse de l'estomac se manifestant par des crampes ou aigreurs douloureuses.

⁹⁹ Il s'agit d'une inflammation de l'œsophage provoquant une sensation de brûlure.

¹⁰⁰ Il s'agit d'une atteinte des nerfs qui stimulent les muscles des jambes et qui entraîne des difficultés à la marche voire des douleurs.

¹⁰¹ Il s'agit d'une inflammation du pancréas. Cette glande résorbe les enzymes (amylase et lipase) qu'elle doit normalement déverser dans l'intestin, ce qui peut provoquer une violente douleur dans la zone péri-ombilicale. La pancréatite aiguë peut cicatriser, mais si des lésions persistent, celle-ci devient chronique entraînant des troubles de la digestion des sucres et des graisses.

¹⁰² Il s'agit d'une pathologie qui s'installe de manière progressive. Dans un premier temps, l'atteinte du foie se manifeste par l'augmentation des enzymes hépatiques. Ensuite le foie s'engorge de graisses puis se vide de ses cellules vivantes; il est donc de moins en moins capable de faire son travail d'épuration et les enzymes hépatiques s'accumulent dans le sang faisant augmenter la bilirubine (substance donnant un teint jaune à la peau ainsi qu'au blanc de l'œil). La destruction du foie (si elle n'est pas trop avancée) peut s'arrêter avec l'arrêt de la consommation mais les cellules détruites ne se régénèrent pas. La destruction du foie recommence si la personne consomme à nouveau de l'alcool.

¹⁰³ Il s'agit d'une atteinte de la partie basse du cerveau qui se manifeste par des troubles de l'équilibre.

¹⁰⁴ Il s'agit d'une atteinte du cerveau consistant en la destruction des fonctions cognitives, et qui se manifeste par des troubles de la mémoire à court terme pouvant évoluer vers un état de démence.

En fonction du contexte et des quantités consommées, la consommation d'alcool peut aussi entraîner des problèmes financiers, familiaux, professionnels, sociaux,...tout comme ceux-ci peuvent favoriser ou renforcer le recours à l'alcool. Cependant, si certains des effets de l'alcool sur les processus biochimiques, métaboliques, psychomoteurs et cognitifs sont à l'origine de conséquences sur la situation sociale de l'utilisateur, ils ne permettent pas à eux seuls de prévoir et d'expliquer ces conséquences.

3.1.3.2. Impacts au niveau social

De nombreuses conséquences de la consommation d'alcool, aussi bien néfastes que bénéfiques, peuvent être qualifiées de « sociales » sans être liées directement à la santé. En effet, les effets que la consommation d'alcool provoque au niveau psychomoteur et cognitif ont de nombreuses conséquences au sein de la société autres que celles directement liées à la santé aussi bien pour le consommateur que pour son entourage.

- Alcool et sociabilité

Consommé avec modération, l'alcool a un effet immédiat stimulant et apporte une légère euphorie. Il procure un sentiment de détente et de confiance en soi et désinhibe, facilitant ainsi le contact. Il est souvent associé à une idée de savoir-vivre et de convivialité, à la rencontre d'amis, à la fête, aux moments importants (réussite, baptême,...) mais aussi de détente et de récompense. A trop forte dose, la personne peut ne plus être en contact et en phase avec ce qui se passe autour d'elle (elle va « décrocher », tomber, s'endormir, etc.). A répétition, une consommation excessive d'alcool peut avoir des effets négatifs sur les relations dans le ménage et la famille, le travail, le groupe d'amis et peut entraîner une rupture des liens tant familiaux que professionnels et sociaux.

- Alcool et conduites à risque

A forte dose, l'alcool provoque une perte de contrôle de soi qui peut conduire à des comportements imprudents ou excessifs et mettre ainsi le consommateur mais aussi son entourage dans des situations à risque.

Dans ce cadre, de nombreux accidents de la route mais aussi domestiques et professionnels dus à la perturbation des perceptions et au ralentissement des réflexes, ainsi qu'à la diminution de la concentration peuvent être liés à la consommation d'alcool.

De plus, la baisse de vigilance que peut entraîner la consommation d'alcool augmente le risque d'être abusé (relations sexuelles non désirées, problème de négociation du préservatif, etc.).

L'effet dépressif de l'alcool peut également conduire un individu à accomplir des actes qu'il n'aurait jamais envisagés sans l'influence du produit tels que des actes de violence, notamment contre lui-même, pouvant avoir des conséquences non négligeables.

L'état d'ivresse augmente notamment le risque de traumatismes ou de décès à la suite d'accidents et d'actes de violence.

- Alcool et famille

Selon la littérature sur le sujet, si l'initiation à l'alcool se fait le plus fréquemment en famille, son usage dans ce contexte étant le plus souvent ritualisé et accepté lors de certains moments associés au plaisir, à la détente, aux fêtes, l'alcoolisme serait par contre directement associé (comme cause ou conséquence) à un dysfonctionnement relationnel et émotionnel au sein du couple et/ou de la famille ou encore lié à l'articulation difficile entre la vie privée, ou la vie de famille, et la vie professionnelle.

Dans une famille, lorsqu'une personne a tendance à s'alcooliser régulièrement, cela peut devenir une source de stress pour son entourage, et/ou d'inquiétude et/ou d'anxiété, car les divers membres en viennent à anticiper et à appréhender les dangers liés à sa sécurité physique (et celle des autres membres de la famille aussi) et/ou les dangers de « dérapages relationnels ». Au sein des familles, les choses sont souvent complexes et ambivalentes. On observe fréquemment que les personnes d'une famille qui souffrent de l'alcoolisme d'un des leurs, tentent par ailleurs fréquemment de le « protéger » (par le silence, par le fait de réparer ses « erreurs » à sa place, etc.). La dynamique familiale renvoie alors à un système familial où s'est installé, ce que les systémiciens (thérapie familiale) appellent un fonctionnement de « co-dépendance ».

- Alcool et travail

Par rapport au travail, la consommation d'alcool peut être liée au stress, à la compétitivité imposée aux travailleurs, aux rapports de pouvoir subis, ou au contraire à l'ennui, à la répétitivité et au machinisme des gestes et tâches à effectuer, au manque de motivation, et provoquer des risques accrus d'accidents, mais aussi avoir des effets sur la productivité et le déroulement d'une carrière. De nombreux problèmes sur le lieu de travail tels que le harcèlement, les accidents de travail, ... peuvent être liés (en tant que cause mais aussi être la conséquence) à une consommation d'alcool et d'autres drogues. Une personne en état d'ivresse peut se voir infliger une sanction disciplinaire, un licenciement avec préavis, un renvoi sur l'heure ou engendrer une reconnaissance d'incapacité pour cause de santé.

La perte du travail ou le chômage de longue durée et la consommation excessive d'alcool ont également tendance à entrer parfois en interaction. La relation de cause à effet peut jouer dans les deux sens : les buveurs excessifs courent un plus grand risque de ne plus assumer les tâches exigées par leur profession, au risque de perdre leur emploi, et la situation de chômage peut entraîner une augmentation de la consommation d'alcool.

○ Coûts pour la société

En définitive, la consommation d'alcool, surtout la consommation excessive, peut causer un ensemble de coûts importants pour la société, des coûts directs (1) et indirects (2) :

(1) un ensemble de coûts directs :

- santé : comme on l'a vu, la consommation d'alcool peut avoir de nombreux impacts sur la santé physique et psychique, ce qui entraînent des dépenses en soins de santé, des dépenses de traitement hospitalier et des frais pharmaceutiques ;
- système judiciaire et protection sociale : aide sociale et psychologique aux alcooliques et à leurs familles, interventions de la police, incarcérations et activités du système judiciaire ; impacts dans le couple (violences intimes, séparation ou divorce, etc.) et impacts sur les enfants (placement, aide à la jeunesse, etc.) ;
- dommages matériels : les dommages matériels résultant notamment d'accidents de la circulation provoqués par des conducteurs en état d'ivresse sont importants ou d'accidents au travail lorsqu'il implique l'utilisation de machines.

(2) un ensemble de coûts indirects :

- décès prématurés : les décès prématurés dus à l'alcool ont des coûts, car tout décès d'un travailleur avant l'âge de la retraite représente une perte de productivité ;
- de l'insertion professionnelle à la chronicité de l'inactivité professionnelle : l'augmentation des risques d'accidents du travail, la réduction des performances professionnelles dus à l'abus d'alcool, l'absentéisme ainsi que la perte d'emploi et la chronicité d'une situation de chômage contribuent de manière importante au coût total de la consommation d'alcool pour la société.

Néanmoins, rappelons que même si de nombreux travaux scientifiques démontrent que la consommation d'alcool est une cause suffisante de nombreuses situations sociales défavorables pour les individus et la société, ils soulignent tous qu'elle en est rarement le facteur unique et peut souvent en être une conséquence, les causes étant elles-mêmes des conséquences en interaction les unes avec les autres. C'est donc l'accumulation de fragilités ou de vulnérabilités psycho-affectives et/ou sociales, soit l'interaction entre divers pans de la réalité vécue par un individu qui est mise en évidence.

De ce fait, si l'alcool est un facteur de risque lorsqu'il entre en interactions avec d'autres facteurs de vulnérabilité (mentale, sociale, économique), il doit plutôt être considéré comme un facteur aggravant ou augmentant le risque d'observer l'apparition de conséquences sociales, mentales, médicales et économique négatives pour un individu, plutôt que comme une cause en tant que telle. Par conséquent, il semble à la fois pertinent et nécessaire de s'intéresser aux situations et aux contextes pouvant engendrer le recours à l'alcool tout en identifiant les constellations de facteurs qui entrent en interaction, afin d'intervenir sur le contexte ou les conditions de vie d'un individu ou d'une communauté donnée, dans l'objectif d'éviter qu'un processus de cumuls des fragilités ne précarise trop cet individu ou groupe donné. C'est donc l'interaction ou le cumul de fragilités sur divers plans (mental, social, économique, médical) qu'il faut tenter d'enrayer, afin de limiter une trop grande précarisation des individus ou groupes sociaux et leur stigmatisation.

3.1.4. Un modèle pour penser les déterminants de la consommation d'alcool

Insistons sur le fait que la consommation d'alcool n'est pas systématiquement liée à un usage problématique¹⁰⁵. « Dans les sociétés occidentales où l'alcool est intégré socialement, la majorité de ses consommateurs usent de cette drogue « dure » sans conséquences médicales ou sociales. Par ailleurs, il existe des consommateurs qui témoignent de difficultés par rapport à leur usage de cannabis »¹⁰⁶.

Pour rappel, il existe trois types d'usages : l'usage modéré (occasionnel, récréatif), l'usage problématique et l'usage dépendant¹⁰⁷.

Les effets d'une drogue sont donc fonction de plusieurs éléments :

- qualité et quantité consommée ;
- condition physique, humeur du consommateur ;
- attentes du consommateur ;
- environnement dans lequel se réalise la consommation.

¹⁰⁵ On le voit, l'idée fortement répandue que les drogues illicites seraient plus dangereuses que celles licites n'a pas de fondement scientifique. Le statut légal des drogues dépend davantage de considérations culturelles, économiques et surtout politiques.

¹⁰⁶ Document sur les drogues réalisé par l'équipe de prévention d'Infor-Drogues, op. cit.

¹⁰⁷ PARQUET P.-J., op.cit.

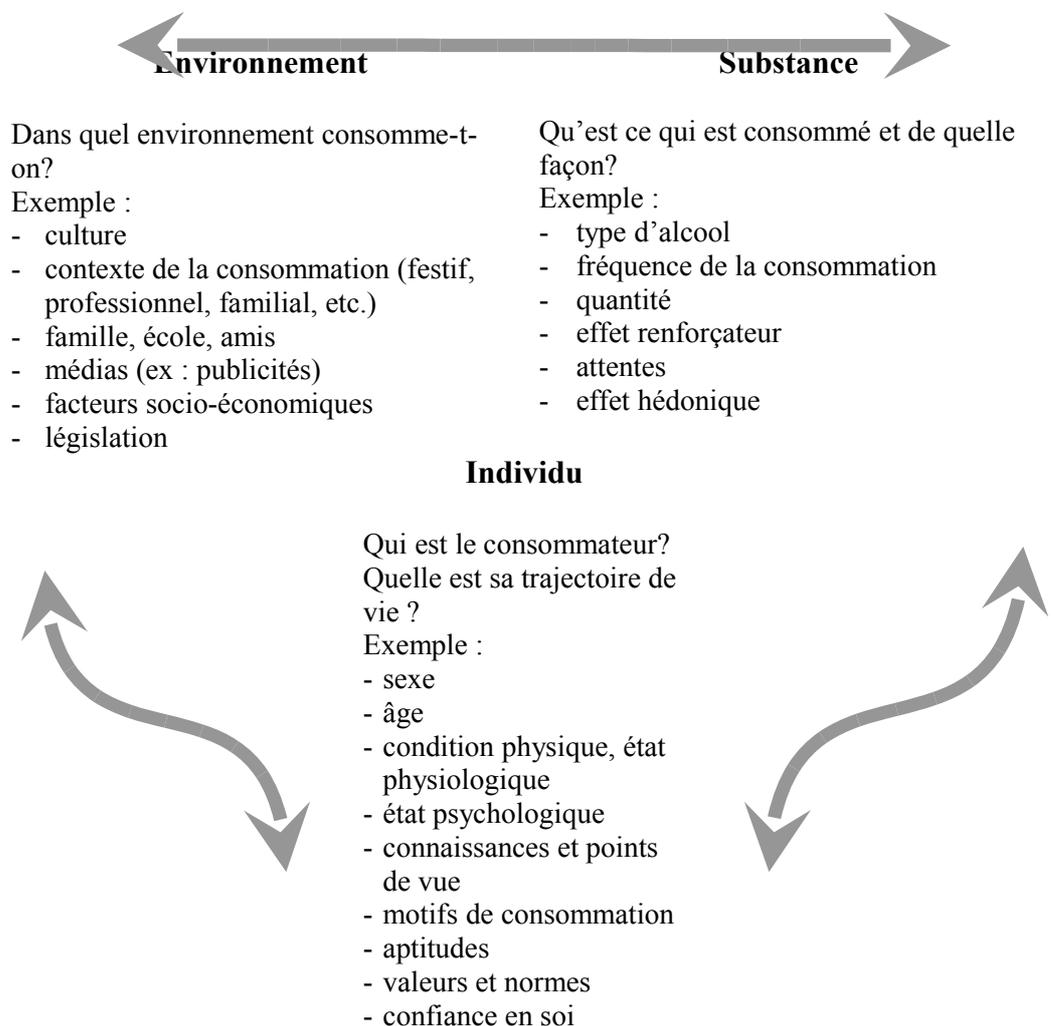
« L'usage, c'est la rencontre entre un produit (une drogue, avec ses propriétés pharmacologiques et son inscription culturelle), mais surtout une personne qui en use (avec son histoire, ses valeurs, etc.) et un contexte (société, culture, lieu, moment, etc.) Chaque usage est donc particulier et sa compréhension demande à ce qu'on prenne en compte ces trois éléments (personne, contexte et produit) »¹⁰⁸.

Dès lors, si les risques dépendent des produits eux-mêmes, ils dépendent également d'autres facteurs : la manière de consommer, les circonstances de consommation, le contexte psychologique et social, les fragilités de chacun... Il est donc impossible de préciser des effets qui seraient valables pour tous, à tous moments et en toutes circonstances.

¹⁰⁸ Document sur les drogues réalisé par l'équipe de prévention d'Infor-Drogues, op. cit. Voir également DELOR F., HUBERT M., *Un ré-examen du concept de « vulnérabilité » pour la recherche et la prévention du VIH/SIDA*, CES, FUSL, 2003.

Un modèle qui met en évidence les facteurs intervenant dans la consommation d'alcool : le modèle Individu-Substance-Environnement

Certains facteurs sociaux et environnementaux peuvent prédisposer un individu à consommer une substance psychotrope dont l'alcool, et d'autres facteurs peuvent prévenir une consommation inappropriée de ces produits.



« Les jeunes et l'alcool », rapport du conseil supérieur d'hygiène, 2006

A cet égard par exemple, concernant l'alcool et son interaction avec les individus, il a été démontré que, si les boissons alcoolisées contiennent, à des degrés divers, une substance active, l'éthanol¹⁰⁹, qui engendre les états alcooliques, les réactions face à la consommation d'alcool peuvent être très différentes d'un individu à l'autre en fonction de leur corpulence, leur état de santé, leur sexe, le moment de la consommation, le contexte de la consommation... Par exemple, en règle générale, les femmes, ayant un volume de masse grasseuse plus faible que celui des hommes, métabolisent l'alcool différemment : à quantité ingérée et poids identique, leur taux d'alcoolémie est plus élevé. De plus, elles développent des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool plus rapidement que les hommes^{110 111}. En outre, la durée écoulée entre l'expérimentation et l'installation de la dépendance est généralement plus faible pour les femmes que pour les hommes¹¹². Le fait que certaines personnes passent d'une consommation récréative à une consommation problématique peut également s'expliquer de plusieurs manières, à savoir, une vulnérabilité physique (sécrétion d'hormones plus élevée que la moyenne entraînant une accélération du processus de dépendance), une fragilité due au contexte (anxiété ou stress, un chagrin, un mal être, trajectoire précarisée d'un point de vue socio affectif et/ou socio économique,...), l'influence du comportement de consommation de l'entourage face à l'alcool (consommation raisonnable ou excessive), la polyconsommation (alcool combiné avec d'autres substances), etc.

Enfin, vu que toute personne qui consomme des substances psychoactives, dont l'alcool, n'en devient pas dépendante, même lorsqu'elle consomme ce produit dans une pratique régulière et intégrée depuis longtemps dans son style de vie, cela montre qu'il existe chez chacun des facteurs de risque (de vulnérabilité) et des facteurs de protection. C'est pourquoi, il est intéressant d'identifier ces facteurs dans la mesure où l'on peut avoir prise sur certains¹¹³. Les facteurs de risque incluent « les caractéristiques de l'individu ainsi que le milieu et leur interaction ; les facteurs de protection incluent les compétences, les facteurs de personnalité et les mécanismes de soutien ambiants qui contribuent à la résilience. Ces facteurs agissent comme un tampon et procurent un réservoir de ressources qui permet de faire face efficacement au stress »¹¹⁴. Globalement, la littérature identifie trois à quatre niveaux de résilience : individuelle, familiale, communautaire et « sociétaire ».

¹⁰⁹ Il est obtenu par fermentation de fruits/céréales ou par distillation.

¹¹⁰ AVILA ESCRIBANO J.-J., GONZALES PARRA D., *Diferencias de género en la enfermedad alcoholica, Adicciones*, Salamanca 2007.

¹¹¹ DEAL S.-A., GALAVER J., "Are women more susceptible than men to alcohol-induced cirrhosis?", *Alcohol, Health & Research World*, Alexandria, 1994

¹¹² WAGNER F.-A., ANTHONY J.-C., "Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol", *Drug Alcohol Depend*, Baltimore, 2007.

¹¹³ A cet égard, un grand nombre d'auteurs renvoient à la notion de résilience, notion qui englobe ces deux concepts fondamentaux : les facteurs de risque et de protection.

¹¹⁴ MANGHAM C., et coll., *Atlantic Health Promotion*, Research Centre, Université Dalhousie, 1995.

Concernant le champ de la toxicomanie, F. Hervé¹¹⁵ identifie des facteurs de risque et de protection dans sa synthèse sur les études réalisées dans le champ de la toxicomanie. Il identifie comme facteurs de risques :

- des sensibilités génétiques différentes ;
- les troubles psychiques (dont les dépressions) ;
- les facteurs psycho-socio-familiaux (qualité des relations intra-familiales) ;
- les situations d'échec (scolaire, professionnel, relationnel) ;
- la difficulté à résister à la pression du groupe, du milieu professionnel, du contexte, etc.

Et à côté des facteurs de risques, la littérature identifie un ensemble de facteurs de protection, qui sont le support du concept de « résilience » (B. Cyrulnick), cette dernière étant définie comme la capacité à résister à des stress, voire à rebondir après des épreuves. C'est ainsi que Mangham et coll. (1995) identifient trois grandes catégories de facteurs de protection qui contribuent à la résilience des individus : les facteurs individuels (sentiment de compétence personnelle, estime de soi, capacité à planifier, compétences cognitives, sentiment de signification, capacité de résoudre des problèmes, optimisme, locus de contrôle interne, capacité de faire face au stress, habilité à chercher un soutien), les facteurs familiaux (rapports parents-enfants propices, chaleur et affection, soutien et cohésion familiale) et les facteurs de soutien (la présence de personnes aidantes, des membres de la famille étendue ou des personnes se situant à l'extérieur de la famille immédiate, des milieux de soutien qui favorisent l'autonomie, la responsabilité et le contrôle).

L'environnement de chaque individu étant généralement constitué de divers domaines, certains facteurs de cet environnement peuvent prédisposer un individu à consommer de manière inadéquate une substance psychotrope (facteurs de vulnérabilité) dont l'alcool, et d'autres facteurs peuvent prévenir une consommation inappropriée de ces produits (facteurs de protection). C'est l'interaction entre les facteurs à divers niveaux (environnement, substance, individu) qui expliquent les comportements de prise de risque ou de protection, chacun d'eux pouvant avoir plus ou moins d'importance en fonction des individus.

Le modèle que nous avons présenté ci-dessus montre ainsi, qu'en matière d'alcool, la prévention peut intervenir à trois niveaux¹¹⁶ :

- L'individu (information, sensibilisation, éducation de la population générale mais aussi via les contextes et milieux de vie (école, famille, travail, etc.) et les situations particulières (grossesse, conduite de véhicule, etc.) ;
- La substance (réglementation de l'accès aux boissons alcoolisées, ...)
- L'environnement (réglementation des publicités pour les boissons alcoolisées, prix, programmes à l'attention des parents, des femmes, ...).

¹¹⁵ HERVE F., *Les drogues et dépendances en 200 questions*, De Vecchi, Paris, 2002, p.119-120.

¹¹⁶ CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE, *Les jeunes et l'alcool*", rapport du Conseil supérieur d'hygiène, 2006.

En effet, compte tenu des divers facteurs intervenant en matière de consommation d'alcool, les mesures et actions proposées vont devoir tenir compte des particularités des individus, de leur groupes d'appartenance et de référence ainsi que de leur mode de vie, des contextes (dont le contexte socio-économique, politique et médiatique) et des moments de consommation. Dès lors, différents objectifs doivent être définis de manière simultanée lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques de prévention :

- une diminution de la consommation globale en développant des actions qui ciblent les rapports entre les individus et divers contextes, dont le contexte socio-économique, politique et médiatique (individu – substance - environnement) ;
- une meilleure régulation/règlementation de l'offre et de la demande (substance - environnement) ;
- l'équilibrage des facteurs de risque et de protection intervenant dans les comportements de consommation d'alcool (individu - environnement).

Si les listes présentant les divers facteurs ne sont pas exhaustives, leur intérêt est de montrer qu'il est nécessaire d'agir à différents niveaux, c'est-à-dire sur différents types de facteurs (individuel, familial, contexte), en visant à réduire le poids de certains facteurs de risque et en développant le poids d'autres facteurs, ceux de protection ; ce qui peut notamment passer par le développement des ressources qu'offrent les contextes et les milieux de vie aux individus (leviers), en vue de faciliter leur utilisation par les individus selon les divers contextes. C'est pourquoi il est important de travailler sur les contextes de consommation et les milieux de vie. C'est d'ailleurs bien sur ces aspects que s'appuient aujourd'hui de nombreux programmes de prévention.

3.2. A la rencontre du terrain : des pistes et des enseignements saillants

3.2.1. Introduction

3.2.1.1. Démarche méthodologique

Sur base de la constitution d'une liste reprenant les coordonnées des centres et structures les plus susceptibles de prendre en charge les questions relatives à la consommation d'alcool à Bruxelles¹¹⁷, et la conception d'une typologie de ces structures selon le type de prise en charge proposée que nous présenterons plus loin¹¹⁸, nous avons rencontré et noué une série de contacts avec plusieurs représentants de diverses structures reprises dans cette typologie. Dans ce cadre, nous avons élaboré un outil de recherche, un répertoire typologique, qui a donc été testé auprès de diverses catégories de services.

¹¹⁷ Voir annexe n°6. Une autre liste de coordonnées a été rédigée pour le territoire de la Région wallonne, mais n'a pas encore été testée.

¹¹⁸ Nous y reviendrons dans le point consacré à l'organisation du réseau de soins.

Nous avons consacré plus de trois mois à ce travail de terrain¹¹⁹, à l'élaboration de cet outil et à son testing¹²⁰. Vu l'ampleur du travail que représente la constitution d'un répertoire, le temps imparti à la recherche et la nécessité d'avancer dans les autres volets de cette étude, nous n'avons pas pu développer plus avant ce travail de terrain. Cet outil peut être considéré comme validé, actuellement utilisable et transférable à l'équipe d'Infor-Drogues.

Sur base de ces rencontres, nous pouvons d'ores et déjà retirer un ensemble d'enseignements. Vingt-deux entretiens approfondis, dirigés selon un guide d'entretien préalablement établi¹²¹, et le recueil d'un ensemble d'enseignements sur « la clinique alcoologique »¹²², permettent de dégager une série d'enseignements exploratoires sur cette problématique, que nous présentons dans cette partie. La pluralité des sources¹²³ nous donnent des informations sur la problématique de cette consommation et les publics concernés (usagers) par ces diverses structures ou centres, sur les leviers et les freins de la pratique des professionnels, sur l'organisation du réseau de soins, et l'existence ou l'émergence formelle et informelle de réseaux de prise en charge qui regroupent divers professionnels et structures, sur les besoins de formation des professionnels, etc.

L'ensemble de ces informations, issues de cette phase exploratoire, s'avère donc constituer un processus extrêmement riche, alimentant les connaissances du réseau de prise en charge d'une part, et pouvant, notamment, montrer l'intérêt des professionnels ou du public éventuel pour l'ouverture d'une ligne « alcool », d'autre part.

3.2.1.2. Introduction à la problématique clinique

Une caractéristique de la clinique en alcoologie, c'est d'être une clinique pluridisciplinaire au sens où elle renvoie au médical, au psychologique et au social.

¹¹⁹ En effet, nous avons consacré plus de trois mois aux démarches qui visaient à réaliser cet outil : la constitution de la liste, l'élaboration du guide d'entretien, les contacts pris pour rencontrer les professionnels, les rendez-vous pour les entretiens, l'encodage des informations. Nous avons rencontrés vingt deux professionnels travaillant dans diverses structures, ces rencontres prenant entre 45 minutes et 2 heures chacune. Chaque retranscription d'entretien prenant entre 3 et 5 heures.

¹²⁰ Cet outil est donc composé d'une liste exhaustive des institutions, des structures et centres concernés par la prise en charge de cette thématique à Bruxelles, d'une typologie de ces structures, du guide d'entretien qui a été soumis aux professionnels rencontrés, et la retranscription de ces entretiens, soit d'un encodage informatisé des informations recueillies, ce qui a permis de le transférer à l'équipe de permanents d'Infor-Drogues (ainsi que sous forme d'un support « papier », présenté dans une farde et organisé selon la typologie des structures, ce qui permet son utilisation pratique) afin qu'il soit poursuivi dans le futur.

¹²¹ Voir annexe n°3 et annexe n°4.

¹²² Dans le cadre de cette recherche, nous avons participé (deux professionnels d'Infor-Drogues) à une journée d'étude organisée par la Société Française d'Alcoologie portant sur la clinique alcoologique. SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE, *La clinique alcoologique aujourd'hui, du côté du soignant*, vendredi 13 mars 2009, Maison de la Mutualité, Paris.

¹²³ Outre la journée d'étude avec des alcoologues Français, nous avons réalisé une analyse transversale des entretiens réalisés auprès de ces témoins privilégiés que nous avons rencontrés, qui sont concernés par l'accompagnement et la prise en charge d'usagers d'alcool à Bruxelles.

Selon le Pr. G. Ostermann (France, SFA), « la clinique alcoologique s'inscrit dans la clinique du manque qui caractérise notre époque »¹²⁴. Dans notre société d'hyperconsommation, que certains qualifient de « société addictogène », la consommation d'alcool est une thématique qui relève de l'intime et du social. Selon lui, une des particularités de la clinique en alcoologie est d'être une clinique intimement sociale au sens où, tout à la fois, elle questionne le rapport à l'autre, elle mobilise plusieurs acteurs professionnels en soulevant les questions de la pluridisciplinarité, du travail en réseau, en institution, et enfin, au sens où famille, couple, réseau amical et groupes d'entraide, modèles de prise en charge de groupe inventés par les alcoolodépendants eux-mêmes, sont également impliqués.

Dans cette clinique, l'approche principale qui gouverne (au sens où elle fait sens pour les professionnels et est partagée par la majorité d'entre eux) est d'inspiration psychanalytique. Pour la majorité des cliniciens s'y intéressant, la compréhension du symptôme qu'est l'alcoolisme, renvoie à ce cadre de référence. Selon ce cadre, la consommation problématique ou abusive d'alcool renvoie au registre des troubles de la base, les troubles de l'humeur, qui sont en lien avec les rythmes de la vie, les ambiances, les contacts du sujet avec l'environnement. Ces troubles de l'humeur sont eux-mêmes éclairés par la prise en compte des phénomènes de l'attachement, l'estime de soi, et les « failles » narcissiques.

Les références théoriques partagées renvoient aux théories de l'attachement¹²⁵, de l'objet et de l'espace potentiels. Les écrits de Winnicott concernant le processus de maturation psychique ou psycho-affectif¹²⁶, qui structure les processus menants de la dépendance à l'indépendance, sont une référence partagée. C'est dans ce processus que s'est insérée la consommation d'alcool.

Par rapport à ce cadre de compréhension, certains vont souligner que ces troubles de la base relèvent de la fonction primaire ou « maternelle » (le contenant, entre sécurité et curiosité). D'autres vont plutôt mettre l'accent sur l'ambivalence des pulsions de vie et de mort, sur le rapport du sujet au corps, sur le désir et la jouissance, sur la question narcissique qui se joue dans le vécu de ces usagers. La plupart des cliniciens soulignent le fait que l'alcoolisme pose la question du « retour du moi narcissique » qu'il s'agit, pour ces sujets, de réinvestir socialement, « les alcoolisations étant des bouffées d'air de personnes en apnée »¹²⁷.

¹²⁴ Intervention du Pr. G. OSTERMANN (Bordeaux) portant sur les objectifs de la seconde journée clinique de la SFA, Paris, 13.03.09.

¹²⁵ BOWLBY J., *Attachement et perte*, 1969, traduction PUF, Paris, 1978-1984.

¹²⁶ WINNICOTT D.-W., *Jeu et réalité*, 1971, trad. Française 1975, rééd. Gallimard, coll « Folio essais », 2002.

¹²⁷ Pr. G. OSTERMANN, op. cit.

La relation addictive se caractérisant par le fait de vouloir rendre un objet stable, constant, tout le temps présent, à l'instar de la pensée magique infantile et sa recherche d'un « moi (tout) puissant »¹²⁸. Si le symptôme fait fonction pour le sujet, par rapport aux troubles de l'humeur, la prise d'alcool se présente comme un traitement non sans paradoxe.

La pratique de l'alcoologue s'inscrit dans une clinique psychosociale (centrée non pas sur une pathologie mais sur la perte d'objets sociaux) qui est à la croisée des chemins entre la santé mentale et le lien social.

« Il y a des gros problèmes narcissiques qui sont sous-jacents à l'alcoolisme. L'alcool est par ailleurs accepté socialement alors que les personnes alcooliques sont rejetées. Les alcooliques sont confrontés aux jugements de valeur, aux normativités. Souvent, ils n'ont plus de place et se confrontent à des problèmes de reconnaissance. Les personnes alcooliques se confrontent à ces difficultés avec cette injustice supplémentaire que dans une soirée, il y aura toujours quelqu'un qui boit autant qu'eux, mais eux sont alcooliques » (Une psychiatre et un psychologue rencontrés dans le cadre de la recherche, Bruxelles).

« L'approche vise à ouvrir la question et non pas à la fermer. On est dans une société de dépendances, il faut une réponse à tout moment. Or l'intérêt est d'ouvrir la question. La dépendance n'a rien à voir avec la psychiatrie (...). C'est pour cette raison que les Français ont créé l'alcoologie. Le produit a une fonction dans la vie de quelqu'un (vision positive du produit). Il faut faire une analyse fonctionnelle des comportements » (Un psychologue, Belgique).

« La clinique invite le sujet à dire le vrai sur soi »¹²⁹. Cependant, d'après les professionnels, ce public d'utilisateurs se caractériserait plutôt par le fait « qu'ils n'ont pas de demande », qu'ils ont peu à dire sur leur symptôme, qu'« ils ne sont pas trop dans la parole »¹³⁰.

¹²⁸ Lors de la journée d'étude organisée par la SFA, nous avons participé à l'atelier « Et les autres soignants ? Qui est l'alcoologue » animé par le Dr. H. GOMEZ. Lors des débats, un ex usager a témoigné de son expérience. Ce témoignage met en scène le mouvement de balancier qu'il subissait entre un complexe de supériorité et un complexe d'infériorité, ce qui le poussait à boire. Entre les sentiments « d'impuissance » et « de toute puissance » s'inscrit le principe de réalité.

¹²⁹ Pr. G. OSTERMANN, op. cit.

¹³⁰ Ils seraient donc de « mauvais patients » comme soulignent plus d'un professionnels, non sans ironie, par rapport à ce qu'attendent d'eux les professionnels, d'autant lorsque ceux-ci valorisent ou travaillent exclusivement avec cet outil qu'est « la parole ».

Comment alors inviter une personne à « dire le vrai sur soi », à parler de cette question narcissique¹³¹ à laquelle elle se confronte et à laquelle elle répond par ce passage à l'acte (le boire)¹³² ?

« (En Belgique) L'orientation psychanalytique est bien présente. Mais vu la problématique de la population, qui pose cette question de la faille narcissique, c'est-à-dire qu'un des enjeux majeurs pour la personne alcoolique, c'est la séparation, c'est un travail difficile, pas toujours opérant. Avoir une faille narcissique, c'est différent du fait d'être narcissique. C'est le rapport au corps qui tend à être clivé, au sens où il y a un problème de limites et une image du corps défaillante. Lorsque ces personnes s'investissent, elles s'investissent à fond, c'est de l'ordre de l'excès, de l'obsessionnel. L'assuétude est le pendant de l'addiction peu importe l'objet (bien qu'il y ait un choix d'objet mais cependant, c'est le rapport à l'objet qui est significatif : l'objet est une prothèse). L'alcoolique se confronte à la division, au manque à être. La clinique de la dépendance est une clinique du paradoxe car il est paradoxal de dire à quelqu'un de se séparer de sa solution. « L'alcoolique est celui qui a perdu la liberté de ne pas boire » (Un psychologue, Belgique).

Un certain nombre de cliniciens soulignent la difficulté de leur pratique, « l'injonction à parler de soi » tout comme « l'injonction à se faire soigner » ou « l'injonction à guérir », ces injonctions étant des injonctions paradoxales. La clinique alcoolologique est en partie « une clinique de l'impuissance ». Et comme nous le rappelle Gérard Ostermann, « l'alcoolologie est un point à voir pour lequel nous n'avons que des points de vue ».

D'où un ensemble de questions posées par les alcoolologues français lors de leur seconde réunion clinique : Comment articuler la clinique médicale – qui soigne la dépendance physique – et la clinique analytique « pour qu'advienne le sujet » ? Quelle est la singularité de la clinique pour les divers soignants (médecin, psychiatre, infirmier, psychologue, kinésithérapeute, etc.) mais aussi quelle est sa spécificité sous l'angle des soins ambulatoires et des soins institutionnels (hôpital et centre de cure ou postcure) ? Et pour le public ? Concerne-t-elle les seuls « alcoolodépendants » ou une population plus large ?

¹³¹ Le courant psychanalytique renverrait sur ce point aux débats entre la pulsion « de vie » et la pulsion « de mort », entre le « narcissisme de vie » et le « narcissisme de mort », la question du désir et de la jouissance.

¹³² Dans le cadre de la seconde journée d'étude de la SFA, lors de son intervention intitulé « J'aimerais (re)boire comme tout le monde », le Dr. D. PLAYOUST (Tourcoing) proposait un ensemble de réflexions sur des phrases « souvent entendues », leurs significations et leur sens, en vue d'accéder à l'identité de l'autre. « Que disent ces paroles de leur addiction ? Quelles histoires et attentes se cachent derrière le mot « boire » (le boire comme besoin, le boire thérapeutique, le boire festif, le boire anémique...). Et le « j'aimerais boire comme tout le monde » : quête de l'impossible et de sa place dans le rapport social : être « comme les autres » ? Pour en conclure que chaque mot, chaque idée renvoient à des histoires cliniques différentes et veulent dire des choses différentes selon les étapes au sein des itinéraires des patients qui les mobilisent. Ce qui ressort de socle commun n'est pas tant le « boire » que la question du rapport à l'autre et le rôle que l'alcool et le comportement d'alcoolisation peuvent y jouer ».

Toujours selon G. Ostermann, au stade actuel du développement de la clinique alcoologique, les objectifs des rencontres entre professionnels, mais aussi entre professionnels, usagers et entourage, doivent enrichir savoir et savoir-faire « sans occulter le fait que le savoir-être est souvent ce qui fait la différence entre les approches thérapeutiques »¹³³.

Et à cet égard, le Pr. Louise Nadeau (Montréal, Canada)¹³⁴ souligne la dualité de la clinique alcoologique. Cette dualité est mise en évidence par l'ensemble des études qui concluent inlassablement à l'efficacité des traitements qui utilisent une approche structurée avec les « alcoolodépendants » sans qu'aucune étude cependant ne permette que soit mise en évidence la prééminence d'une technique ou d'une approche sur une autre, quant à l'efficacité du traitement. C'est donc l'alliance thérapeutique qui est le facteur décisif puisque ces différentes approches et techniques donnent plus ou moins les mêmes résultats. Face à quoi, le Pr. Louise Nadeau propose d'intégrer la réflexion sur l'organisation du dispositif thérapeutique à partir de ce facteur-clé qu'est l'alliance thérapeutique. Comment mieux définir cette question de l'alliance thérapeutique ? Outre le fait qu'elle renvoie à la question du lien de confiance qui s'établit entre le professionnel et l'utilisateur, et donc aussi à la question du transfert ? Il s'agirait d'intégrer cette question dans les études et d'analyser plus finement ce qu'implique cette « alliance thérapeutique », pour penser l'organisation du dispositif de soins.

3.2.2. Alcoologie, formation et spécialisation

Contrairement à la France où existent une formation et une spécialisation en alcoologie¹³⁵, et où ce sont principalement des médecins généralistes et des psychologues qui sont concernés, la formation et le fait d'être reconnu comme « expert » en Belgique¹³⁶ dépend bien plus de la pratique professionnelle des psychiatres, des psychologues, et de l'organisation de certaines équipes pluridisciplinaires (psychiatres, médecins, psychologues, infirmières, assistants sociaux) formées dans le domaine de la santé mentale. De par leur pratique professionnelle avec ce public d'utilisateurs, ces professionnels se forment aux problématiques liées aux dépendances, aux addictions, aux assuétudes.

¹³³ Pr. G. OSTERMANN, *ibid.* Ce qui pose la question de « l'alliance thérapeutique » et de l'« efficacité symbolique » (Cl. LEVI-STRAUSS).

¹³⁴ *Ibid.* Voir également, NADEAU L., FOGG B., FURLONG A., RUSH B., *On the Integration of Mental Health and Substance Use Services and Systems : Summary*, Canadian Executive Council on Addictions, 18 Décembre 2008.

¹³⁵ En effet, en France, il existe une spécialisation en alcoologie. Lors de journées d'études, les alcoologues français se réunissent pour échanger sur leur pratique. Cfr. la journée à laquelle nous avons participé. SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE, *La clinique alcoologique aujourd'hui, du côté du soignant*, vendredi 13 mars 2009, Maison de la Mutualité, Paris. Voir également la « Revue trimestrielle de la Société Française d'Alcoologie » qui est indexée dans les bases de données PASCAL : CNRS et ETOH/NIAAA. Les sommaires sont publiés dans « Actualité et Dossier en Santé Publique » (HCSP) et accessibles sur le serveur Internet « <http://psydoc-fr.broca.Inserm.fr> ».

¹³⁶ En Belgique, la Société d'Alcoologie est plutôt d'orientation médicale.

Contrairement à la France donc, où ce sont principalement des médecins généralistes qui suivent cette spécialisation, en Belgique ce domaine d'activité est à la fois moins spécialisé, au sens où il n'y a pas de formation et de spécialisation spécifiques¹³⁷, et en même temps très spécifique au sens où au niveau médical, c'est néanmoins les psychiatres qui s'occupent de façon le plus spécifique de ces questions.

« Ce sont plutôt les psychiatres qui s'occupent de ces questions » (Un psychiatre).

« On devient un référent suite à l'expérience professionnelle auprès de ces patients » (Un psychiatre).

Selon divers témoins privilégiés, en Belgique, il y aurait lieu de sensibiliser et former les médecins généralistes sur ces questions, le personnel médical au sens large et les intervenants psycho-médicaux-sociaux¹³⁸. D'autant que du point de vue d'un certain nombre de professionnels, la problématique de la dépendance ne relève pas de la psychiatrie, et qu'il y a des besoins et des manques quant à l'accès des usagers à un accompagnement à partir de leur milieu de vie. En effet, une majorité de professionnels insistent sur le fait que l'alcoolisme et la question de la dépendance ne relèvent pas d'abord de la psychiatrie (prise en charge médicale et traitement médicamenteux), même si le passage à l'hôpital est fréquent dans les parcours de soins (pour traiter la dépendance physique). Par contre, pour un public d'usagers donné, c'est l'observation d'une fréquente interaction entre ce comportement compulsif, une fragilité psychique et l'existence d'un « trouble mental » (troubles anxieux, troubles bipolaires, troubles dépressifs, c'est-à-dire les doubles diagnostics) qui aurait conduit, qu'en pratique, ce sont des psychiatres qui se sont principalement occupés de ce public, à côté des psychologues. Le passage par l'hôpital entraînant une prise en charge très spécialisée, médicale, résidentielle, et psychologique lorsque cela se révèle possible.

Si la plupart des professionnels rencontrés dans le cadre de la recherche ne voient pas l'intérêt d'une spécialisation, la thématique se situant entre la médecine et les sciences humaines, les divers professionnels confrontés à ces questions ressentent parfois le besoin d'acquérir des savoirs et savoir-faire plus ciblés. C'est ainsi qu'il nous semble cerner la position des professionnels face à une spécialisation, sachant qu'ils concèdent avant tout une légitimité aux intervenants qui font preuve d'une assez longue pratique clinique sur ces questions. Comme nous l'avons déjà mentionné, il faut ajouter qu'à l'instar de la France, l'approche des professionnels par rapport aux questions de dépendance s'inscrit pour la plupart dans une approche analytique.

¹³⁷ Les « experts » sont tant des psychiatres que des psychologues, des infirmières, des assistants sociaux, que ce soit en milieu hospitalier ou ambulatoire, dans les divers centres, structures et ASBL qui prennent en charge cette problématique.

¹³⁸ Nous verrons dans cette partie que, de manière plus générale, cette problématique pourrait davantage être prise en charge en « Milieu Ouvert » (par des centres et services psycho-médico-sociaux divers, principalement des CSM et maisons médicales), en proposant un accompagnement ambulatoire.

A côté de quoi, c'est l'aspect médical (lié aux difficultés qu'ont les usagers de tenir une abstinence, aux rechutes répétées, au sevrage, aux effets nocifs sur le corps) et social (lié aussi au cercle vicieux de fragilisation psychique et de précarisation sociale des usagers ainsi qu'au manque de prévention et au manque de structures de relais à divers niveaux) qui semblent le plus les préoccuper.

« Non, ce n'est pas très utile (spécialisation). L'alcoolisme est un symptôme transversal. L'unité d'alcoologie à Brugmann observe bien que les patients boivent tous pour des raisons différentes. Il faut travailler le symptôme. Après, on peut attaquer la question de la dépendance. Non, on le devient par la pratique » (Un psychiatre).

Pour les professionnels rencontrés, la fonction d'« alcoologue » est plutôt tenue par une équipe pluridisciplinaire qui travaille ensemble vu que « l'alcoolisme renvoie au corps, à la tête, au social ». Les professionnels des équipes (psychiatres, psychologues, infirmières, assistants sociaux) qui se considèrent compétents pour prendre en charge les questions liées à l'alcool, considèrent donc le plus souvent que tous les professionnels de l'équipe le sont. Ils sont formés dans le domaine de la santé mentale, « mais à part cela, il n'y a pas (rarement) de spécificité ou de spécialisation de l'équipe par rapport à l'alcool ». C'est la pratique et le désir de travailler avec ce public qui prime. C'est ce qui fait qu'il y a « beaucoup de psychologues et de psychanalystes qui travaillent avec ce public », à côté des psychiatres. Et, en règle générale, le personnel hospitalier et le personnel des centres de santé mentale sont « qualifiés » pour travailler avec ces publics, par rapport à ces problématiques.

En outre, plusieurs professionnels rencontrés soulignent que « l'expert en alcoologie, c'est la personne « alcoolique ». Le « produit » n'est pas appréhendé de façon simpliste comme étant « le problème » dès lors que sa consommation a une fonction dans la vie de l'utilisateur. C'est donc une porte d'entrée pour travailler la fonction : quelle fonction a cette consommation pour cet usager ? Pour les professionnels, il s'agit de prendre en charge ce qu'il y a derrière l'alcoolisme. C'est également la fonction de l'intervenant « alcoologue » qui est clairement posée : « la fonction de l'alcoologue est-elle d'éteindre le symptôme ou de travailler inlassablement le symptôme ? »¹³⁹.

« Pour le faire parler, faire émerger ce qu'il a à nous dire sur le patient. Il s'agit de travailler sur les histoires, les biographies, les discontinuités, sur les espaces-temps. Le cœur de l'alcoolisme renvoie à la biopsychogenèse. Il faut travailler avec des questions et sur les articulations à partir d'une vision dynamique qui accepte les mélanges »¹⁴⁰.

Enfin, clôturons ce point en soulignant que s'il n'y a pas de spécialisation en Belgique, il existe cependant divers référents tant du point de vue de la pratique (des professionnels, des équipes de professionnels, des structures, des groupes d'étude), que du point de vue théorique (des publications et des groupes d'études) variables selon les professionnels, les équipes, les structures. Citons-en quelques-uns :

¹³⁹ Question posée lors de l'atelier animé par le Dr H. GOMEZ, « les autres soignants ? Qui est l'alcoologue ? » lors de la seconde journée d'étude de la SFA, *ibid.*, 13/03/09.

¹⁴⁰ Intervention du Dr. H. GOMEZ (Toulouse) lors de la journée d'étude de la SFA, *ibid.*

- La Société française d'Alcoologie (dont ses publications)¹⁴¹.
- Certaines publications, comme par exemple « L'alcoolique en famille »¹⁴², dont la référence au chapitre « Alcoolisme et toxicomanie », ouvrage collectif écrit par divers auteurs dont les docteurs J.-P. Roussaux et D. Hers à partir de leur pratique¹⁴³. Même chose pour « L'alcoolisme au quotidien. De la consommation agréable à la dépendance », écrit par R. Geibe¹⁴⁴.
- Des séminaires, formations, groupes d'études – tels que les séminaires de Chapelle aux Champs/UCL -, des forums et des formations.
- L'expérience pratique, et donc clinique de certaines équipes, provenant parfois du champ de la toxicomanie, sont également cités comme référence pratique – l'unité de sevrage de l'hôpital Brugmann, la liaison toxicomanie (liaison alcool) de l'hôpital St-Pierre, la Mass de Bruxelles, Enaden, le RAT¹⁴⁵ sont également cités comme référence pratique, etc. Soulignons qu'Infor-Drogues fût également cité comme relais en ce qui concerne la diffusion d'informations (renvoi des usagers ou de l'entourage à Infor-Drogues dans un objectif d'information).

Parfois, ce sont donc des structures spécialisées en toxicomanie qui sont présentées comme référence par certains professionnels. Parce qu'elles s'occupent des assuétudes et des addictions, un certain nombre de ces structures « soignent les trois dépendances sans différences » (drogues illicites, alcool et médicaments), d'autres préfèrent s'en tenir à un public ou une problématique (par exemple, la thématique transversale entre « usagers de drogues et psychose »). Mais soulignons encore que, dans le champ de la toxicomanie, au niveau de la pratique thérapeutique, certaines équipes recherchent également parfois les coordonnées de formateurs « spécialisés », lorsqu'ils ont une pratique davantage liée à un public d'usagers de drogues illicites. Selon certains, « ce public (alcoolo-dépendants) demande une prise en charge différente des autres assuétudes ».

In fine, ce qui ressort de transversal, c'est le fait que la consommation d'alcool est désignée comme une problématique transversale à divers publics. Le fait de pouvoir prendre en charge de façon plus complète dans le temps ces usagers nécessitant des équipes pluridisciplinaires et le développement de réseaux de professionnels.

¹⁴¹ Comme référé plus haut, voir la Revue trimestrielle de la Société Française d'Alcoologie qui est indexée dans les bases de données PASCAL : CNRS et ETOH/NIAAAA. Les sommaires sont publiés dans « Actualité et Dossier en Santé Publique » (HCSP) et accessibles sur le serveur Internet « [http : // psydoc – fr. broca. Inserm . fr](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr) ».

¹⁴² HERS D., FAORO-KREIT B., ROUSSAUX J.-P., *L'alcoolique en famille : dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques*, éditions De Boeck, Bruxelles, 2000.

¹⁴³ Ce livre propose une nouvelle typologie des alcoolismes à partir de constellations socio-familiales spécifiques, et s'articule autour de la notion d'autonomisation. Il montre que la prise en charge de l'ensemble de la famille dans le processus thérapeutique représente une opération payante en termes de stabilisation de la pathologie.

¹⁴⁴ GEIBE R., op. cit.

¹⁴⁵ C'est un réseau composé d'un ensemble de médecins généralistes qui assurent le suivi d'usagers qui veulent se sevrer mais sans passer par des structures de sevrage, voire se stabiliser. La coordination de ce réseau poursuit l'objectif de sensibiliser toujours plus de médecins généralistes afin d'améliorer l'offre de suivi et d'accompagnement médical sans que l'utilisateur ne doive se couper de son « milieu de vie ».

« C'est un symptôme transversal dont le traitement nécessite des équipes pluridisciplinaires » (Un psychologue).

« Pour l'instant, on ne parle pas d'organiser une unité d'alcoologie car on fait du travail de terrain. On travaille le réseau car il s'agit de s'interroger sur la façon de mettre ensemble des gens qui ont des problématiques fort différentes » (Un psychologue).

3.2.3. Série d'observations relatives à la prise en charge et l'organisation des soins

3.2.3.1. Entre services de soins « généraux » et structures spécialisées de prise en charge

En Belgique, les dispositifs de prise en charge des questions de consommations problématiques, abusives et de dépendances liées à l'alcool sont diverses, les unes appartenant aux soins généraux et spécialisés (médicaux, psychologiques et psychiatriques) proposés en hôpital ou en ambulatoire, les autres appartenant au champ des toxicomanies. Les usagers sont principalement pris en charge par des centres de santé mentale, des centres médicaux centralisés et décentralisés (en hôpital, les urgences, unité de crise, unité de sevrage, services psychiatriques, services de médecine interne, etc. ; les maisons médicales et les centres de santé intégrés), des structures appartenant au champ de la toxicomanie, et des groupes de paroles et d'entraide créés par les alcoolo-dépendants eux-mêmes et/ou l'entourage¹⁴⁶, ou par certains services (dont des groupes axés sur une activité). Soulignons qu'à côté de ces structures que nous avons identifiées, un ensemble de professionnels offrant des consultations privées (médecins généralistes, psychologues, psychiatres) sont également concernés par la prise en charge de ces usagers. Mais faute de temps, nous n'avons pu investiguer à ce niveau.

Voici une liste, plus exhaustive, répertoriant les professionnels, centres et structures prenant en charge des usagers qui ont une consommation problématique ou abusive d'alcool :

- les médecins généralistes, psychologues et psychiatres qui proposent des consultations privées ;
- les services généraux, centres et structures des réseaux de soins (services ambulatoires particulièrement les centres de santé mentale, maisons médicales, les permanences psychosociales et médicales, diverses unités dans les centres hospitaliers, dont les équipes de liaison, les réseaux de professionnels en soins de santé, aide et soins à domicile, etc.) ;
- les groupes de paroles et d'aide (dont les mouvements d'anciens alcooliques, groupes associatifs pour l'entourage) ; les groupes d'activité ;

¹⁴⁶ Ces questions sont également prises en charge par des groupes d'entraide qui se sont auto-organisés.

- dans le secteur spécialisé d'intervention en toxicomanie, les services concernés sont des services de prévention (information/documentation, prévention et accompagnement psychosocial individuel), de réduction des risques (comptoirs d'échanges de seringues, travail de rue, encadrement d'évènements, etc.), des centres et structures de soins (soins ambulatoires et résidentiel : centres de crise, de cure, de post-cure, centres de jour, hébergement collectif) ;
- l'hébergement supervisé individuel et/ou collectif ;
- les services d'insertion socioprofessionnels (OIS).

Le passage par ces diverses structures ne concerne néanmoins pas l'ensemble des publics aux prises avec une consommation problématique d'alcool. Ces services proposent des prises en charge différentes, et auront donc affaire à des usagers différents.

Des services de santé mentale aux services médicaux, des services de soins généraux aux services spécialisés en toxicomanie et en insertion sociale, les parcours de soins des usagers traversent divers centres et structures, selon une configuration institutionnelle qui dépend des usagers et des professionnels, dont notamment leur capacité d'orientation dans le système institutionnel et les réseaux, les prises en charge par diverses structures présentant des continuités ou discontinuités, pouvant se chevaucher ou non.

A partir de ces constats, nous avons élaboré une typologie des diverses structures concernées, cette prise en charge concernant plus spécifiquement un aspect ou un autre de la problématique, ou plus spécifiquement un public ou un autre :

1. Centres d'informations générales sur la santé et Groupes de parole et d'entraide.
2. Services préventifs et ambulatoires
 - 2.1. Les services d'aide généraliste.
 - 2.2. Les centres de santé mentale (et de guidance).
 - 2.3. Les services préventifs et structures ambulatoires spécialisées en toxicomanie.
3. Structures médicales (maisons médicales et centres de santé intégré ; structures hospitalières : services, unités).
4. Centres de cure et de post-cure : hébergements thérapeutiques (à court et long terme) et centres de jour en toxicomanie.
5. Hébergements supervisés.
6. Organismes de réinsertion sociale et d'insertion socioprofessionnelle.
7. Réseaux de professionnels.
8. Organes de concertations/coordinations (dont la Société Belge d'Alcoologie mais dont l'orientation est médicale).

3.2.3.2. Les publics : des tendances par rapport à la population « générale »

3.2.3.2.1. « L'alcool concerne tout le monde » : tendances et catégories de la population concernée

Les observations des professionnels qui s'occupent d'un public d'utilisateurs ayant un rapport problématique avec leur consommation d'alcool, et ce quelque soit leur ancrage professionnel d'ailleurs, soulignent tous en premier lieu, comme nous l'avons cité plus haut, que l'alcool « concerne tout le monde », au sens où il n'est pas possible de « caractériser » socio-démographiquement, socio-économiquement ou psychologiquement le public d'utilisateurs, même si l'on peut observer des tendances générales et des situations problématiques.

Concernant la population générale, selon les professionnels, une personne sur dix qui consomme de l'alcool est susceptible de développer une consommation problématique envers l'alcool¹⁴⁷ et d'avoir des problèmes de santé générale associés à la prise d'alcool¹⁴⁸, le risque de dépendance augmentant à partir de 35 ans, et s'installant la plupart du temps entre 35 et 55 ans. Concernant la consommation problématique, les jeunes vivent plutôt des états d'alcoolisation aiguës, alors que les personnes âgées subissent les conséquences d'une dépendance installée depuis un certain temps dans leur parcours de vie.

« Les jeunes, c'est plutôt des alcoolisations aiguës. Ce n'est pas de l'alcoolisme » (Un médecin).

« Le service accueille aussi de jeunes adultes, mais pas en dessous de 18 ans, qui sont parfois en prise avec des phénomènes d'alcoolisme psycho-maniaque. Et puis, il y a également beaucoup de personnes âgées que l'on retrouve en psycho-gériatrie, qui sont marquées par l'alcoolisme (...). Beaucoup de cirrhoses » (Un psychiatre).

« Il y a beaucoup de personnes âgées. Mais parfois aussi des jeunes de 24 ans qui ont déjà des problèmes liés à l'alcool. Bien qu'à nouveau, ils ont de multiples problèmes et l'alcool se rajoute » (Une assistante sociale).

¹⁴⁷ GEIBE R., op.cit. Voir également son intervention lors de la matinée d'étude « L'alcool et les jeunes », organisé par le CENTRE D'ÉTUDES JACQUES GEORGIN, le samedi 14 février 2009, Bruxelles. Journée d'étude organisée par la SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE, op. cit.

¹⁴⁸ HERS D., FAORO-KREIT B., ROUSSAUX J.-P., op. cit.

En outre, la consommation problématique d'alcool concerne des hommes et des femmes de tous milieux sociaux et culturels, bien que les hommes soient majoritaires (selon les témoins, et selon les structures, ils constituent jusqu'à 90 % de leur public). Si cela concerne plus d'hommes, la consommation se féminise selon divers témoins, tout en restant plus stigmatisée socialement, ce qui conduirait les femmes à consommer en cachette et en solitaire.

« Les hommes cachent moins leur consommation excessive que les femmes, qui vont plus facilement faire semblant de rien » (Un psychologue).

« Le service reçoit un public de femmes aussi. C'est un public qui se caractérise par un plus haut niveau de honte et de culpabilité, par des phénomènes de dépendance affective, par des vécus de maltraitance parfois. Et il y a le fait qu'elles boivent fréquemment seules alors que les hommes boivent plutôt en groupe » (Un psychiatre).

« Concernant l'alcool, le public se compose d'une majorité d'hommes mais depuis un an et demi, j'observe une augmentation de femmes qui ont une consommation problématique. Ce sont des femmes de nationalité belge pour la plupart, qui ont une quarantaine d'années, qui sont mères de famille, qui travaillent ou non, qui ont le plus souvent une famille monoparentale, ou sont dans des tentatives de recomposition familiale et éprouvent des difficultés. Tandis que les hommes renvoient à un public différent. C'est un public beaucoup plus hétéroclite, dont aussi un public européenisé mais d'origine magrébine » (Une psychologue).

« La consommation problématique d'alcool se retrouve autant dans les familles d'origine immigrées (marocains, turcs) que dans des familles d'origine belge » (Un psychologue).

Par ailleurs, si ces consommations concernent des individus de tous milieux sociaux et culturels, une consommation problématique ou abusive chez des personnes provenant de milieux sociaux plus défavorisés, ou dont les codes culturels interdisent cette consommation, induit plus de risque, car cette consommation problématique d'alcool a des répercussions plus dramatiques en fragilisant davantage leur trajectoire psychoaffective et leur situation sociale.

C'est la question de la vulnérabilité, les dimensions individuelle et contextuelle ayant alors plus de probabilité de se renforcer au cours des parcours des usagers.

En résumé, les usagers pris en charge par divers services renvoient plus fréquemment à un public adulte, masculin, dont le rapport problématique à la consommation d'alcool semble avoir des répercussions sociales d'autant plus globales sur leur situation qu'ils sont originaires de positions sociales plus défavorisées, ou de milieux culturels minoritaires. Cependant, de façon générale, la consommation problématique, voire abusive, d'alcool peut autant concerner des usagers issus de positions sociales favorisées, plus jeunes (dont les alcoolisations aiguës seraient plus fréquentes et problématiques qu'auparavant selon certains) ou non, des hommes (public plus « hétéroclite ») que des femmes (public plus caractérisé socialement, dont l'alcoolisme est plus caché et socialement plus difficile à gérer lorsqu'elles sont en charge de famille et vivent des situations familiales monoparentales ou de réorganisation familiale difficiles).

Ce cadre posé, présentons maintenant quelques tendances générales et situations problématiques qui ont été soulignées par les professionnels rencontrés, en contextualisant les lieux de prise en charge, ou les observations sur un public par rapport à d'autres publics.

Un premier enseignement récurrent mis en évidence par les professionnels qui travaillent en milieu hospitalier est le fait qu'un tiers de la patientèle des hôpitaux (33% en Région Bruxelloise) présente des problèmes par rapport à la consommation d'alcool.

« Non (on n'a pas de projet spécifique à l'attention de ce public). Mais cela concerne une part importante de la population : un tiers de nos patients ont des problèmes par rapport à leur consommation d'alcool. Ce qui caractérise le public qu'accueillent tous les hôpitaux » (Un psychiatre).

« Certains arrivent pour la première fois, d'autres pour la ènième fois, et ènième cure » (Un psychiatre).

En outre, une personne sur cinq qui arrive aux services d'urgence est en état d'alcoolisation ou d'ivresse. Les urgences se confronteraient à un problème non négligeable de situations d'agressivité qui serait principalement le fait du public alcoolisé qui arrive chez eux.

« C'est une part importante du public qui arrive aux urgences. Un patient sur cinq qui arrive aux urgences est alcoolisé. Et les urgences sont régulièrement confrontées à des problèmes d'agressivité qui concernent dans 50% des cas des patients qui ont pris de l'alcool » (Un psychiatre).

Un des problèmes auquel se confronte les urgences renvoie notamment à l'adéquation d'une prise en charge des usagers lorsqu'ils sont dans des situations de « crise », et/ou lorsqu'ils exigent (eux ou ceux qui les accompagnent) un accès immédiat à une prise en charge pour un sevrage, ou encore lorsque la prise en charge nécessite une continuité, qu'elle doit se poursuivre en d'autres lieux et d'autres temps (que l'hôpital). Ces professionnels déclarent également manquer de temps et de relais. Enfin, plus globalement, ils soulignent qu'un grand nombre d'usagers vont arriver à l'hôpital dans un autre service (médecine interne) sans que ce problème de consommation ne soit identifié, visible, reconnu, et pris en charge. C'est pourquoi, au sein de l'hôpital, certains professionnels essayent de développer des passerelles entre diverses unités.

« Lorsque les patients n'ont comme problème que leur alcoolisme, on les retrouve plutôt dans le service de gastrologie » (Un psychiatre).

« Dans le public qu'on accompagne, il y a une part importante de « vrais alcooliques ». Ce sont pour la plupart des personnes plus âgées qui ont fait X nombre de cures à l'hôpital et qu'on oriente selon leur parcours » (Un psychologue).

« Pour les hospitalisations, on (Urgences, Unité de Crise) travaille beaucoup avec l'unité 74, qui est l'unité d'hépatologie intégrée, nommée comme ça pour ne pas stigmatiser et rebuter les personnes alcooliques » (Un psychiatre).

Comme second enseignement, les psychiatres et psychologues ciblent certains groupes qui, sans être nécessairement plus concernés quantitativement par cette problématique, sont plus vulnérables au niveau somatique et cérébral : outre les plus jeunes en raison de la plasticité de leur système nerveux, les fœtus en raison du lien direct avec la maman enceinte via le cordon ombilical et le placenta¹⁴⁹, les personnes qui présentent déjà une fragilité ou un trouble psychique, puisqu'elles présentent un risque accru, par rapport à la population générale, de développer un second trouble mental¹⁵⁰, sans oublier les phénomènes d'exclusion, de désaffiliation sociale, d'isolement.

¹⁴⁹ Cependant, une prévention qui diffuserait un message « tolérance zéro » pose le problème de la stigmatisation de ce public et de ses effets contre-productifs vu que les impacts sont variables, que les femmes n'ont connaissance de leur grossesse qu'après au moins trois semaines (jusqu'à quelques mois) alors que c'est justement durant les premiers mois qu'il y a de plus grands risques de fragilisation pour le fœtus. De plus, de tels messages risqueraient de culpabiliser les femmes enceintes et d'avoir en définitive l'effet d'augmenter les comportements problématiques face à la consommation d'alcool.

¹⁵⁰ Les problèmes d'alcoologie sont des troubles chroniques, d'autant plus chez les personnes qui présentent un autre trouble.

Ceci dit, concernant « les jeunes », les observations des professionnels sont divergentes. Certains soulignent l'évolution d'une pratique de consommation plus problématique qu'auparavant dans ce public, d'autres restent sceptiques. Rappelons cependant que le public « jeunes » n'est pas un public homogène. On l'a vu lors de la présentation des tendances épidémiologiques, parmi les jeunes d'âge scolaire, les conduites d'expérimentation et d'usage régulier d'alcool ont plutôt tendance à se stabiliser voire à régresser depuis 1994, notamment pendant les deux dernières années de l'enseignement primaire, alors que les conduites abusives sont en légère augmentation chez les jeunes de l'enseignement secondaire. Dès lors, chez les adolescents, certains jeunes adoptent des comportements « à risque » par rapport à la consommation d'alcool, mais par rapport aux autres catégories de la population, ce n'est pas la catégorie qui présente le plus de problème à ce niveau.

Cependant certains professionnels s'inquiètent du fait qu'on observerait actuellement des tendances qui « s'accroissent » : « les jeunes »¹⁵¹ consommeraient plus tôt, de plus grandes quantités, dans un laps de temps assez court, et des boissons plus fortes¹⁵².

A cet égard, selon un psychiatre rencontré, les services d'urgence se confronteraient plus fréquemment à des situations problématiques, vu un nombre croissant de jeunes arrivant avec des crises d'angoisse, vu les comas éthyliques et divers accidents. Ce professionnel s'inquiète du manque de prévention. Or selon lui, l'âge des premières ivresses survenant plus tôt, ces jeunes encourraient plus de risques au niveau cérébral ; et il y aurait plus de risques que ne s'installe une relation de dépendance au produit, et plus tôt dans les parcours de vie.

« Concernant l'alcoolisme, il y a des problèmes qui s'annoncent. Par exemple, l'alcoolisme des jeunes, bien que les psychiatres soient peu sollicités par les jeunes. Mais aux services des urgences, on observe quand même des jeunes qui viennent avec des crises d'angoisse, ou à qui on doit pratiquer des lavages d'estomac, et ça, sur des personnes de plus en plus jeunes. On a l'impression que les alcoolisations sont de plus en plus massives, et de moins en moins festives. Il y a de plus en plus tôt un usage toxicomaniaque, comme on le voit avec le binge drinking.

¹⁵¹ On peut poser l'hypothèse que c'est le fait dans certains groupes de jeunes.

¹⁵² Cependant n'oublions pas que les médias ont un impact considérable en relevant constamment un ensemble de cas relatés, d'études et de phrases alarmistes allant dans ce sens, sans que la méthodologie des enquêtes qui préside à ces études ne soit toujours questionnée, ni l'impact de la diabolisation par les médias, quant au ciblage dramatique sur certains phénomènes.

Et on observe un certain nombre de décès chez les jeunes suite à des comas éthyliques. Cela touche les jeunes de plus en plus tôt et les produits consommés sont de plus en plus durs (...) Avant, cela concernait l'université et une autre consommation, la bière (...). La consommation de plusieurs produits toxiques augmente aussi et se fait de plus en plus tôt. Alors qu'avant, on observait qu'un héroïnoman sevré pouvait devenir alcoolique, actuellement, il l'est déjà. Bref, ces alcoolisations font d'énormes dégâts somatiques tout en augmentant le risque de dépendance vu que ce risque est lié à l'âge lors des premières consommations. Plus on commence jeune, plus il y a des effets somatiques et des problèmes de dépendance, outre la question du décrochage scolaire. Il y a quand même un réel manque de prévention » (Un psychiatre).

Ainsi, certains professionnels ont l'impression que certains usagers qui ont des consommations problématiques sont plus jeunes, que cela concerne peut-être plus d'adolescents et de jeunes adultes qu'auparavant, sans que ce soit pour autant, selon la majorité, un phénomène représentatif ou massif dans ces groupes d'âges. Par rapport à ces questions, les professionnels restent donc le plus souvent prudents. De plus, si ces alcoolisations concernent un public d'adolescents et de jeunes adultes, selon la plupart des professionnels ces consommations restent festives (même si le festif s'est peut-être transformé). Et certains vont par exemple questionner en quoi un phénomène comme le « binge drinking » serait « nouveau » ou « émergent ». Ne souhaitant pas stigmatiser « les jeunes », ils soulignent que les problèmes d'alcoolisme concernent d'abord une tranche d'âge plus âgée et constatent que les « jeunes » (adolescents et jeunes adultes) ne se sentent pas concernés par les questions d'alcoolisme, en raison de la représentation festive de leurs consommations. Les professionnels constatent que les jeunes ne sont pas demandeurs de ces services.

« Y a-t-il vraiment un problème plus important qu'avant par rapport aux jeunes ? » (Un psychologue).

« Pour eux, ça ne pose pas de problème. Et on ne peut pas à proprement parler d'alcoolisme, ce sont des alcoolisations aiguës. C'est lié au festif. Donc ça ne leur pose pas problème » (Un médecin).

« L'alcool touche de plus en plus de jeunes adultes selon certains intervenants » (Un psychologue).

« L'équipe travaille avec des personnes majeures or chez les jeunes, j'ai l'impression que la consommation d'alcool devient de plus en plus problématique. Mais on n'a pas la possibilité de s'ouvrir à ce public-là pour le moment. Et en même temps, les jeunes ne sont pas attirés par notre service » (Une psychologue).

« On a peut-être quelques jeunes adultes, mais pas de mineurs, en dessous de 25 ans. En tout, 4-5 suivis. Ce sont les plus difficiles à accrocher vu qu'ils ne problématissent pas leur consommation et les envoyer en cure, c'est souvent un échec. Dès qu'ils sont sortis de l'hôpital, ils recommencent vu aussi leur milieu amical. Donc les problèmes se renforcent après une cure. Je ne propose plus de cure à ce public ; je les oriente plutôt vers un accompagnement médical en ambulatoire » (Une psychologue).

« Les jeunes ne sont pas attirés par un centre de jour. Ils sont dans la phase de la lune de miel avec le produit » (Un psychologue).

Concernant les publics qui présenteraient des consommations problématiques par rapport à l'alcool, un troisième enseignement ressorti de nos rencontres avec les professionnels, renvoie à deux autres catégories de la population : les anciens usagers de drogues (héroïnomanes) et les usagers qui consomment plusieurs produits (poly-consommation). En général, l'alcoolisme concerne des personnes plus âgées que le public concerné par les autres toxicomanies. Ce public serait majoritairement masculin (jusqu'à 90-95% d'hommes) et plus âgé que les usagers de produits illicites. La dépendance à une substance illicite se déclarerait plutôt aux alentours des 20 ans alors que la dépendance à l'alcool se déclarerait aux alentours des 30 ans.

« Alors que l'alcoolisme se déclare vers 30 ans et concerne un public âgé de 25 à 50 ans, la toxicomanie se déclare vers 20 ans et concerne plutôt un public âgé de 15 à 30 ans » (Un psychiatre).

Les professionnels travaillant dans le champ de la toxicomanie soulignent également que, par rapport aux publics dont ils s'occupent, les usagers qui ne consomment que de l'alcool renvoient à un public minoritaire.

Si pour une minorité, l'alcool est le produit principal (soit que ce public n'a « que » ce problème de dépendance, soit qu'il concerne d'anciens héroïnomanes pour qui l'alcool est devenu un dérivatif), pour une majorité d'usagers l'alcool est consommé en parallèle avec un ou des autres produit(s) principal(aux). L'alcoolisme peut donc être l'aboutissement d'un parcours en toxicomanie où le sevrage a « réussi ».

« On travaille également avec une population d'anciens toxicomanes qui sont devenus alcooliques » (Un psychiatre).

Ainsi, une partie des usagers consomment plusieurs substances simultanément (licites et illicites) alors que d'autres, comme des anciens héroïnomanes, vont recourir à l'alcool, et pallier leur manque au risque de devenir dépendant de cette autre substance, qui est licite et légale. Comme nous l'avons déjà cité précédemment, selon certaines observations faites par divers professionnels, « auparavant les consommateurs d'héroïne qui arrivaient à se sevrer devenaient parfois alcoolique, alors qu'actuellement on observe que certains le sont déjà ». Cependant, les professionnels soulignent que la consommation problématique ou abusive d'alcool est « un moindre mal » pour ce public, par rapport à leur consommation d'autres substances (comme l'héroïne), et/ou est « le moindre des problèmes » par rapport à la « lourdeur » de certaines situations dans lesquelles se trouvent divers usagers (multiples précarités)¹⁵³.

Enfin, selon divers professionnels spécialisés dans le champ des toxicomanies, les consommateurs qui n'abusent que de l'alcool ont un profil différent par rapport aux usagers de substances illicites : ils seraient plus dans le déni¹⁵⁴, n'ont pas de demande, sont plus sensibles au regard social et aux sentiments de honte¹⁵⁵.

« Il y a un déni de reconnaître son problème par rapport à l'alcool, ce qui est beaucoup moins affiché avec les autres toxicomanies » (Un psychologue).

¹⁵³ Accumulation de précarités : économique, juridique/administrative, sociale, psychologique.

¹⁵⁴ Défenses psychiques visant à maintenir leur « image sociale » d'eux-mêmes.

¹⁵⁵ La problématique du regard social et de la honte serait beaucoup plus présente dans ce public que chez les usagers d'autres substances. Ce qui pourrait s'expliquer de différentes façons ; ce public ne se confrontant pas de la même manière, par rapport aux usagers de substances illicites, aux questions de l'accessibilité au produit et des stratégies à déployer pour se le procurer, tout comme, dans un autre registre, ils ne se confrontent pas de la même manière au « deuil » narcissique.

« Mais parfois on se demande pourquoi les consommateurs d'alcool viennent car ils n'ont aucune demande. Certains consommateurs d'alcool arrivent complètement ivres, cela pose divers problèmes : le rendez-vous doit être annulé, on doit les renvoyer, en même temps on n'ose pas les laisser repartir dans cet état vu qu'ils risquent de tomber, de se blesser. Et parfois, dans la salle d'attente, il y a des problèmes vu leurs comportements et problématiques (ivres, hématomes, s'endorment, etc.). Ce qu'on n'a pas avec d'autres types de consommateurs » (Une psychologue).

Enfin, selon d'autres professionnels spécialisés dans le champ des toxicomanies, les consommateurs qui n'abusent que de l'alcool ont un « profil plus dynamique » par rapport aux autres usagers qu'ils accompagnent. D'après certains, si dans le champ des toxicomanies, une majorité d'usagers présente des troubles ou états limites¹⁵⁶ (« des personnalités très fragiles »), dans le public des usagers qui ne consomme que l'alcool, ce serait également le cas mais avec une « charge différente au niveau du surmoi ». En outre, ce public serait moins marqué par des troubles psychotiques¹⁵⁷ que les usagers de « drogues ».

Enfin, les professionnels mettent en évidence un phénomène croissant de précarisation de la situation sociale des personnes touchées par les questions de dépendance à Bruxelles, et désignent des catégories de la population d'usagers particulièrement fragilisés.

« Le public est très diversifié, mais on observe qu'il est de plus en plus précarisé » (Un psychiatre).

« Et la problématique sociale qui est de plus en plus importante chez les patients qui ont besoin de soins mais n'ont pas les ressources financières pour se faire soigner » (Un psychologue).

« La précarité sociale est un facteur à risque fondamental : par exemple, le cas de quelqu'un qui n'a plus de mutuelle, qui est isolé, sans travail, sans réseau social, en détresse psychique, avec une atteinte somatique... La précarité sociale, l'alcoolisme et la santé mentale sont des dimensions qui vont souvent se combiner en renforçant les effets négatifs de l'un sur l'autre » (Un psychiatre).

¹⁵⁶ Dans les états limites, l'investissement psycho-actif dans cette instance qu'on nomme le surmoi est plus problématique, selon les professionnels.

¹⁵⁷ Ces troubles étant caractérisés par une difficulté spécifique que rencontre le sujet dans son rapport à l'autre et à la loi.

Par rapport aux personnes qui ont un long parcours dans la toxicomanie, les catégories les plus fragilisés par la précarisation sociale à Bruxelles sont les justiciables, les personnes sans domicile fixe, et les personnes sans-papiers.

« Dans le public de personnes ayant des problèmes avec l'alcool qu'on accompagne, il y a plus de personnes sans domicile fixe. Chez ces personnes, les problématiques de l'alcool et des finances sont centrales. Ce public demande également un accompagnement différent puisque la priorité dans ces situations-là est de leur trouver un logement, un centre d'hébergement ou d'accueil (...) D'autant lorsque les personnes sont sans papiers » (Une psychologue).

« Il y a des difficultés spécifiques par rapport à la thématique alcool liées au logement dans la problématique des SDF consommateurs d'alcool. Et les CPAS se renvoient la balle à ce niveau » (Une psychologue).

Ces publics présentent un plus haut degré de vulnérabilité par rapport à l'interaction « mental-médical-social », et leur accompagnement présente le plus d'obstacles.

Ces diverses observations ouvrent donc des pistes d'études et de problématisations concernant les thématiques relatives à l'existence d'un rapport « problématique à la consommation d'alcool » selon divers groupes. Elles renvoient à la façon dont les professionnels concernés envisagent et définissent, de par leur pratique professionnelle et leur prise en charge d'un public d'utilisateurs, des situations problématiques (axe médical, psychique et social) au regard des tendances, des évolutions et des publics qui leur semblent plus fragilisés médicalement, psychologiquement et socialement par les consommations problématiques et abusives d'alcool.

3.2.3.2.2. « L'alcoolisme est un symptôme transversal » : le « phénomène » de l'alcoolisme

La consommation excessive d'alcool est un symptôme qui est transversal « à divers publics ». Les utilisateurs boivent pour des raisons différentes. Ce symptôme désigne une difficulté de vie, un manque du sujet, qui se confronte à des « pertes », à des deuils (d'objets, d'images, de personnes), dans le contexte de notre société de performance et d'hyperconsommation ; pour certains il s'inscrit dans un profil de double diagnostics.

« Il n’y a pas de type au sens où ce n’est pas une identité, mais il y a des personnes qui ont des problèmes avec tel ou tel produit. Il s’agit de traiter la dépendance » (Un psychologue).

« Les problématiques sous-jacentes à la prise d’alcool sont très variables : crise d’angoisse, anxiété, dépression, problèmes familiaux ou événements critiques dans les histoires personnelles... » (Un psychiatre).

« Il faut rechercher la pathologie qui se cache derrière l’alcoolisme (troubles bipolaires, troubles anxieux, troubles dépressifs) » (Un psychiatre).

« La dépendance n’a rien à voir avec la psychiatrie » (Un psychologue).

De manière générale, la consommation excessive d’alcool est appréhendée pour ce qu’elle est, une compulsion, qui relève d’une problématique « complexe » selon les professionnels. Ces derniers soulignent notamment un ensemble de difficultés pour différencier « les alcoolisations aiguës » de « l’alcoolisme » (ce qui est vain selon un certain nombre d’entre eux). La consommation abusive d’alcool relève d’un trouble de l’adaptation, épisodique ou chronique, et non d’une catégorie nosologique en soi ; l’alcoolisme ne relevant ni d’une identité, ni d’une pathologie mentale. Cependant, la consommation excessive d’alcool « se combine » fréquemment avec d’autres difficultés qui relèvent du social et de la santé mentale. Les problèmes d’alcoolologie sont des troubles chroniques, d’autant plus pour les personnes qui présentent une fragilisation, précarisation ou vulnérabilité dans un autre registre de leur vie sociale (socio-économique, juridique, professionnel, familial, psychique). Au niveau de la santé mentale, cela renvoie à la question des doubles diagnostics. A cet égard, l’étude réalisée par Louise Nadeau et son équipe¹⁵⁸, qui interrogeait la spécificité de la clinique par rapport aux personnes aux prises avec une dépendance à travers l’examen de la pertinence d’une intégration des services de psychiatrie et d’addictologie au Canada¹⁵⁹, met en évidence qu’un des arguments pour leur intégration renverrait au fait que « la co-morbidité est la règle et non l’exception, il faut traiter la co-morbidité : on ne peut traiter l’alcoolisme indépendamment des autres problèmes de santé mentale, chez un usager donné.

¹⁵⁸ NADEAU L., FOGG B., FURLONG A., RUSH B., op. cit.

¹⁵⁹ Ces services s’étant développés indépendamment.

D'autant que le fait de présenter un trouble augmente le risque de développer un deuxième trouble, surtout chez ceux qui consomment des substances »¹⁶⁰.

Ceci dit, une autre difficulté renvoie au fait que la consommation d'alcool a cette caractéristique d'être intégrée dans notre culture (phénomène culturalisé), initiée dès l'adolescence, accessible et banalisée ; cette consommation relève donc avant tout d'une problématique sociale. Et lorsqu'on rajoute à cet état de fait les caractéristiques de la substance elle-même, on observe que, contrairement à d'autres substances psychoactives, les problèmes de dépendance à l'alcool s'installent lentement, cette dépendance n'apparaissant qu'à long terme, s'installant de façon à la fois insidieuse et peu visible, au cours d'un long parcours de consommation, qui jusqu'à un certain point de bifurcation n'est pas nécessairement problématique pour l'utilisateur, et donc sans que l'individu n'en prenne toujours conscience. C'est dire qu'en raison de la spécificité et de la complexité de cette pratique addictive, la visibilité et la prise de conscience de l'existence d'une dépendance à l'alcool se heurte à une difficulté majeure, celle des étapes progressives et non visibles de son installation lors d'une pratique de consommation insérée dans les trajectoires de vie depuis un long terme, ce qui a diverses répercussions sur la situation des usagers, tant en ce qui concerne leur santé¹⁶¹, leur situation sociale¹⁶² que leur état psychique.

C'est ainsi qu'une référence théorique aux « types » (type 1, 2, 3 de Roussaux)¹⁶³ nous a été, plusieurs fois, mentionnée.

En guise de synthèse sur ces tendances et les « catégories » de publics, cette typologie nous semble intéressante au sens où elle rend compte à la fois du processus (chronologique) qui mène à la dépendance et des impacts psychiques, médicaux et sociaux de l'installation de cette dépendance sur la situation de l'utilisateur. En même temps, cette référence est donc « pratique » pour les professionnels, au sens où elle cible différents publics que « drainent » ces différentes structures de prise en charge (ambulatoire, hôpital, centre de cure/post-cure/de jour dans le champ de la toxicomanie) ; et par ailleurs, elle reflète, par sa hiérarchisation, les impacts progressifs d'une longue pratique de consommation problématique ou abusive sur la santé et la situation sociale de l'utilisateur.

¹⁶⁰ Intervention dans le cadre de la seconde journée d'étude de la SFA, op. cit.

¹⁶¹ Processus de déchéance physique lié à la toxicité d'une consommation abusive d'alcool à long terme.

¹⁶² Processus de précarisation, de rupture des liens sociaux et de désinsertion/désaffiliation sociale.

¹⁶³ ROUSSAUX J.-P., op. cit.

Concernant le public, cette typologie¹⁶⁴ rend donc compte de la progression dans les stades du processus qui mène à l'alcoolisme. Cette conceptualisation définit trois types : la dépendance de type 1 concerne un public plus jeune, inséré, encore sous contrôle ou dépendance parentale¹⁶⁵ ; la dépendance de type 2 concerne un public plus âgé, mais ayant une vie professionnelle, amicale et familiale ; et la dépendance de type 3 renvoie à un public désinséré (désinsertion professionnelle, familiale, amicale : problèmes d'exclusion et d'isolement). Comme nous l'avons cité, vu la spécificité des prises en charge proposées par les diverses structures, les professionnels seront davantage en contact avec une catégorie ou l'autre de public. Au vu de nos observations, « l'ambulatoire » se confronte plutôt à un public de type 1 et 2 c'est-à-dire des individus qui sont encore insérés, ont un travail, vivent en famille, contrairement aux hôpitaux et structures spécialisées en toxicomanie qui se confrontent plus massivement à un public de type 3, c'est-à-dire un public qui « tourne » dans les circuits de soins, constitué de personnes progressivement désinsérées et dont l'abstinence est difficile à tenir. En effet, les intervenants privés, les maisons médicales, les centres de santé mentale seront plus fréquemment en contact avec des usagers de type 1 ou 2 alors que les hôpitaux et les centres spécialisés en toxicomanie, seront davantage en contact avec une population se référant aux type 2 ou type 3.

« La majorité des personnes reçues dans cette unité (CSM) est un public différent des patients reçus en hôpital psychiatrique : ils sont de type II, c'est-à-dire qu'ils sont encore insérés, ont un travail, vivent en famille, contrairement aux hôpitaux qui se confrontent à un public de type III, qui est un public qui « tourne » dans les circuits de soins, qui sont désinsérés socialement et familialement, dont l'abstinence est difficile à tenir. Le type I concerne plutôt de jeunes adultes qui sont encore sous dépendance parentale » (Un psychologue).

¹⁶⁴ Une typologie est une construction conceptuelle « idéale-typique » qui tente de « catégoriser » les états ou les étapes différentes d'un processus temporel (cf. M. WEBER). Une typologie est une catégorisation de la réalité sociale.

¹⁶⁵ A cet égard soulignons que notre société est caractérisée par le fait que cette étape de vie s'est allongée (les jeunes quittent plus tard leurs parents qu'auparavant, l'accès à la vie professionnelle est plus tardif, et les conditions socio-économiques ne favorisent pas nécessairement ce départ. Certains regroupements familiaux s'observent pour ces raisons : coût des loyers, etc.).

Concernant les alcoolisations aiguës, et les publics concernés surtout par le type 1 et le type 2, ce qui est souligné, c'est une difficulté de prise de conscience des usagers quant à leur consommation problématique ou abusive d'alcool ; l'existence d'un déni chez ces consommateurs qui se « croient guéris » dès qu'une action a été menée (se faire aider pour leur situation administrative ou psycho-sociale, rendez-vous chez un psychologue ou passage à l'hôpital, suite à un premier sevrage, etc.). C'est un des éléments qui explique les discontinuités observées par les professionnels dans les parcours d'aide, d'accompagnement et de soins des usagers. En outre, lorsqu'il y a prise de conscience, les re-consommations (ou rechutes) sont très mal vécues tant chez les usagers, que dans le chef d'un certain nombre de professionnels.

En outre, la mise en évidence de cette progression dans le temps est également complétée d'une autre référence, celle des transitions entre les dépendances : lorsqu'un individu tente ou arrive à se défaire d'une dépendance, il arrive qu'il passe à un autre type de dépendance.

« On propose aussi un « traitement identitaire » qui travaille sur le passage d'une dépendance à une autre » (Un psychologue).

Enfin, les professionnels soulignent qu'il y a beaucoup de problèmes de « co-dépendance familiale » qui traversent ces situations problématiques, la situation des usagers pouvant tant se caractériser par un besoin de prendre distance avec leur entourage et famille (type 1 et 2) que par des ruptures des liens familiaux, des contextes d'exclusion et d'isolement (au plus on progresse vers le type 3).

Si l'alcoolisme est un symptôme, la majorité des professionnels travaillant dans le champ de la toxicomanie s'accordent à dire qu'il est parfois le moindre des problèmes au regard de la situation extrêmement précarisée de certains usagers, l'interférence et la conjonction entre divers aspects problématiques dans certains parcours de vie pouvant prendre des allures dramatiques. Ce qui n'empêche que la consommation abusive d'alcool sur un long terme reste une des consommations les plus toxiques (à côté de l'héroïne), créant une dépendance physique (comme l'héroïne) à côté d'une dépendance psychologique, engendrant de multiples effets néfastes sur la santé (somatique et psychique) et sur la situation sociale (précarisation) des usagers. Elle peut aussi être responsable de divers comportements de prises de risque (accidents de la route, violences urbaines et intimes, licenciements, etc.).

C'est donc dans le même temps un facteur de risque (médical, psychique, social) et une conséquence des processus de précarisation sociale de certains publics d'usagers (précarité économique, perte d'emploi, de logement, rupture des liens amicaux, professionnels, familiaux, isolement et solitude, etc).

3.2.3.3. Quelques enjeux liés à la prise en charge d'un public aux prises avec une consommation excessive

Dans la clinique alcoologique, il y a du social, du familial, du psychologique, du somatique.

Lors des rencontres avec les professionnels, des informations récurrentes sur « les soins » et l'organisation du « soin » nous ont été transmises, ce que nous présentons dans ce point.

3.2.3.3.1. La temporalité de la prise en charge

L'alcoolisme renvoie à la biopsychogenèse. Sa prise en charge est pluridimensionnelle (somatique et neurologique, psychologique, sociale). Elle repose sur des équipes pluridisciplinaires et l'organisation de réseaux de soins.

« Il y a des besoins médicaux, psychologiques, sociaux »
(Une psychologue).

« Il semble plus important de bâtir des passerelles que de créer des services spécifiques sauf pour les personnes qui n'ont qu'un problème d'alcool (minorité). Il faut réfléchir aux traitements intégrés et aux phénomènes de doubles diagnostics. Tout en posant le choix de maintenir la clinique spécialisée en alcoologie »¹⁶⁶.

« Par rapport aux usagers et leur situation, il n'y a jamais l'alcoolisme comme seul problème. La situation problématique est toujours à multifacette (isolement, problème de santé, rupture conjugale et/ou familiale, etc.). Dans notre travail, les questions relatives à l'alcool sont fréquentes et ont cette spécificité principale de se surajouter à d'autres problèmes, de s'intriquer à de multiples problèmes, souvent plus graves, si bien que l'alcoolisme n'est qu'un problème parmi d'autres ; parfois il semble même être le moindre des problèmes tant les situations se caractérisent par un cumul de difficultés : l'alcoolisme, le surendettement, des ruptures conjugales et familiales, des situations de violence, le chômage, etc. Le problème est donc multidimensionnel.

¹⁶⁶ Intervention de L. NADEAU, « Une clinique alcoologique ? », op. cit.

D'où l'utilité de travailler en réseau afin de mieux analyser les diverses facettes du problème, leur séquence d'apparition, les leviers de résolution, etc. » (Une assistante sociale).

Concernant les modes de prise en charge, il existe une grande disparité entre les équipes, les professionnels, les services, les structures, qui ne se justifie pas exclusivement par des exigences cliniques¹⁶⁷ mais par la façon dont se sont organisées (mise en réseau) des constellations de professionnels autour du soin (réseau). Ces constellations font que les professionnels interviennent à un moment ou l'autre dans l'itinéraire du parcours de soins des usagers.

En effet, du côté de l'utilisateur, le parcours de soin comporte plusieurs temps avec des retours possibles au « stade pré-alcoolique », parfois marqué par la difficulté ou l'impossibilité d'admettre qu'il a un problème dans la gestion de sa consommation.

« Le soin s'exerce dès le temps pré-alcoolique, là où il s'agit de faire prendre conscience au sujet qu'il a un problème avec l'alcool, qu'il doit l'accepter et l'affronter »¹⁶⁸.

Le soin continue dans les temps institutionnels. Outre l'accès aux divers soins, l'accès au sevrage est parfois long. Les raisons en sont diverses, elles peuvent renvoyer au déni dans le chef de certains usagers quant à leurs consommations problématiques, mais également aux conditions d'accès une fois la décision prise. Outre le manque de places, les délais varient, selon le type de structure, de quelques jours à trois semaines à plus de quelques mois (centres de cure et de post-cure). En même temps, l'accès au sevrage, pour qu'il réussisse, nécessiterait que l'utilisateur ait préalablement fait un travail sur lui-même (conscience et perspectives), ce qui serait rarement le cas d'après les professionnels. Selon ces derniers, un certain nombre d'utilisateurs (qu'ils reverront par la suite) non conscients de la chronicité de cette problématique, sortent de l'hôpital ou d'un centre de cure en affirmant « Je suis guéri ! ».

¹⁶⁷ Intervention du Dr. H. GOMEZ, « Et les autres soignants ? Qui est l'alcoologue ? », op. cit. « La durée des séjours va de quelques semaines à plusieurs mois. Cet écart est-il justifié par des impératifs cliniques ? Comment se posent les indications et comment s'évaluent les résultats des différentes prises en charge ? Comment justifier ou concevoir la diversité de la composition des équipes à l'œuvre et l'utilité des soins prodigués par rapport à une problématique qui est susceptible de durer toute une vie ? ».

¹⁶⁸ Ibid.

D'autres usagers quant à eux sont connus des professionnels, ce sont des patients chroniques qui « tournent » depuis des années dans ces diverses structures ; certains services des hôpitaux et les centres de cure et de post-cure accueillent notamment ce public qui « est passé par toutes les institutions ».

« Vu qu'on est dans une structure hospitalière, le public se confronte à une dépendance physique qui s'est installée, ils ont donc besoin d'un sevrage. Parfois, ce sont des patients qui ont déjà fait 10 à 15 sevrages et qui reviennent à chaque fois. Parfois ils ont besoin de faire « tout » ce chemin avant de s'en sortir. Suite à un premier sevrage, ils sortent très souvent de l'hôpital en disant : « Voilà, je suis guéri » » (Un psychiatre).

D'où le questionnement d'un certain nombre de cliniciens :

« Que se passe-t-il dans « l'après ? » (d'une cure). L'alcoolique qui « va bien », a-t-il intégré ce qui soigne ses fragilités ou est-ce seulement un état « an-alcoolique », un état de double conformité au milieu et aux défauts de connaissance de soi inchangés ? Et le soin après le temps institutionnel ? »¹⁶⁹.

Dans les parcours de soins, l'organisation de passerelles entre l'accompagnement médical, psychosocial et thérapeutique, entre les prises en charge ambulatoire et résidentielle, ainsi que la place des groupes de parole¹⁷⁰ et de l'entourage sont des éléments importants pour penser l'organisation des réseaux de soins, vu les itinéraires discontinus des usagers.

En effet, dans ces itinéraires, parfois le soin est segmenté¹⁷¹, parfois le soin est continu. L'enchaînement entre les interventions de divers soignants prend parfois la forme d'une ronde, parfois d'une chaîne. A cet égard, on observe qu'il peut exister un écart important entre le nombre de soignants qui entourent l'utilisateur au moment du temps institutionnel, sans pour autant qu'un lien thérapeutique fort soit en mesure de se constituer, et les possibilités que soit maintenu un lien thérapeutique fécond et structurant par la suite.

¹⁶⁹ Ibid., Intervention du Dr. H. GOMEZ, op. cit.

¹⁷⁰ Les Alcooliques Anonymes sont fortement présents et organisés sur le territoire de la Communauté Française ; des réunions de groupes d'A.A. s'organisent régulièrement dans la plupart des hôpitaux, et dans d'autres lieux, hors milieu hospitalier. A cet égard, les représentants des A.A. que nous avons rencontrés ont présentés sous cet angle les groupes A.A. comme « le service après vente ».

¹⁷¹ Lorsque c'est le cas, la segmentation du soin ne risque-t-elle pas de morceler un peu plus le psychisme du sujet ?

Dans le soin, la gestion des différentes alliances est donc une question très complexe, et concerne les divers acteurs (usagers, professionnels, entourage). La question des relais et des partenariats est cruciale. Comment réaliser véritablement les relais et décider opportunément du bon partenariat ?

« La prise d'alcool est une problématique transversale à divers publics et diverses problématiques en santé mentale. Prendre en charge ces questions nécessite l'existence d'un réseau de professionnels » (Un psychiatre).

« Les psychiatres dans les hôpitaux sont fortement confrontés à ces problématiques, ce qui fait qu'ils nous renvoient des patients pour assurer une prise en charge après la cure en hôpital. On propose un accompagnement psychologique, thérapeutique et social de ces personnes. Et inversement, lorsque les psychologues et psychiatres de notre centre (CSM) se confrontent à un problème d'alcoolisme, ils aident le patient à mettre en place un traitement ou une prise en charge hospitalière ou ambulatoire. Le problème du sevrage en hôpital est que la prise en charge est « ponctuelle », il faut donc assurer une autre prise en charge à plus long terme » (Une psychologue).

« Notre pratique dépend de nos propres compétences comme soignants mais également de l'organisation du réseau de soins. Dans le soin, la question de la gestion des différentes alliances, entre professionnels, et avec l'entourage, est complexe (...). Il faut multiplier les collaborations »¹⁷².

« Il faut réfléchir à la place de l'entourage et des groupes d'entraide »¹⁷³.

Concernant la prévention, la prise en charge et l'orientation des usagers, il y a donc différents réseaux de professionnels concernés par les questions d'alcool, réseaux dans lesquels les diverses équipes puisent des « ressources ». Diverses situations peuvent contribuer à renforcer ces passerelles, quand par exemple un psychiatre travaille dans un hôpital et un centre de santé mentale, cela crée des collaborations étroites entre ces deux structures qui vont organiser les parcours de soins de leurs usagers, ou lorsqu'un psychiatre ou un psychologue travaille dans une structure et participe en même temps à un réseau.

¹⁷² Atelier présidé par le Dr. H. GOMEZ, op. cit.

¹⁷³ Ibid, intervention d'un professionnel lors de débats dans les ateliers.

Citons à titre d'exemples ces divers réseaux à Bruxelles, organisés entre plusieurs structures, unités, centres, services et qui sont mobilisés comme ressource par les professionnels : des réseaux qui se sont organisés entre les intervenants d'une même profession mais oeuvrant dans des lieux différents (entre centres de santé mentale par exemple, entre divers services psychiatriques, entre services psychosociaux, entre services du champ de la toxicomanie, etc.) et les réseaux qui s'organisent entre des structures proposant des prises en charge différentes et pour partie complémentaires : réseau « d'interface », réseaux de coordinations (sociales) locales, le réseau « ABC », le réseau « Dépendance Bruxelles-Est », le réseau « Iris » (hôpitaux), le réseau « Alto », le réseau du RAT, le réseau « Prisme Nord-Ouest », etc. La mise en place de relais et de passerelles « intrasectoriel » et « intersectoriel » est donc un élément organisationnel important et opérant.

Nous l'observons, vu l'importance d'une prise en charge plus globale (généraliste et spécialisée) de ces questions, l'organisation du réseau de soins est une ressource indispensable pour les professionnels tout en étant une question fort complexe. Nous ne soulignerons que quelques points et enjeux qui ont émergés lors de nos rencontres avec les professionnels.

3.2.3.3.2. Les difficultés de la prise en charge liées au silence et la non visibilité, la banalisation et le déni

Si la plupart des professionnels considèrent que l'alcoolisme fait partie des toxicomanies, ils mettent en avant le fait que la problématique et le traitement de l'alcoolisme ont cependant des spécificités du fait notamment de l'ancrage culturel de ce produit, de son accessibilité et de la banalisation de sa consommation, tout comme d'une méconnaissance ou d'un déni social quant au processus de dépendance. Ils soulignent donc ce phénomène de déni chez les usagers quant à l'existence d'un rapport problématique à l'alcool et aux possibilités de re-consommation et de « rechute » contrairement à d'autres usagers de substance, vu notamment leur sensibilité au regard social et aux phénomènes de honte, mais aussi du fait de sa plus grande banalisation dans le corps professionnel¹⁷⁴.

¹⁷⁴ Du fait notamment que les professionnels seraient également confrontés à une difficulté de prise de conscience par rapport à leur propre consommation.

Dans le contexte de notre société d'hyperconsommation, de concurrence et de compétition, où les techniques de marketing des publicitaires sont peu régulées par l'Etat et sont l'indice d'un des effets dérégulateurs du néolibéralisme, la spécificité sociale à laquelle se heurte la clinique sur ce point renvoie à l'ancrage socio-culturel de ce produit, à son accessibilité, au processus temporel qui mène de la consommation festive à la consommation régulière, puis de plus en plus problématique, jusqu'à ce que s'installe une dépendance au produit ; et enfin, aux effets de précarisation sociale qu'engendre un tel processus néolibéral.

De fait, l'ensemble des professionnels met en évidence la difficulté de traiter l'alcoolisme du fait de la pluri-dimensionnalité, de la pluri-disciplinarité et de la pluri-sectorialité qui sont en jeu dans le traitement de ces questions d'une part, mais également du fait d'un manque de prévention (et de subventions), ce qui signifie que la logique publique ne se donne pas les moyens pour lutter contre l'existence d'un déni et d'une banalisation assez massive et partagée par rapport à cette consommation problématique d'autre part. Dans notre contexte contemporain de transition entre l'Etat Providence et l'Etat social actif¹⁷⁵, se focaliser sur les individus, leurs comportements, leur responsabilité, et les sanctions à prendre à leur rencontre, c'est responsabiliser les individus des inégalités et des fragilités qui les frappent, c'est créer des situations institutionnelles productrices de violence psychique, sociale et symbolique, tout en évitant de prendre en charge au niveau politique les impacts sociaux de la diffusion d'une logique néolibérale dans des sphères toujours croissantes de la vie sociale. Face à l'autonomisation toujours croissante de l'économique par rapport au social, c'est la façon dont l'Etat prend en charge ses fonctions collectives et intervient sur ce terrain qu'il nous semble pourtant judicieux de questionner.

Dans ce contexte, que dire de cette observation clinique qui montre que lorsqu'il y a prise en charge, cela correspond le plus souvent à des actions ponctuelles, suite à des moments de crise et/ou des événements critiques que vit l'utilisateur ou suite aux pressions extérieures de l'entourage, de l'employeur, et de la justice.

¹⁷⁵ FRANSSEN A., « Le sujet au cœur de la nouvelle question sociale », Les nouvelles figures de la question sociale, *La Revue Nouvelle*, n°12, Bruxelles, décembre 2003.

Ce qui pose bien évidemment des difficultés au niveau de la prise en charge psycho-médico-sociale et thérapeutique, l'hospitalisation pour entreprendre un sevrage ne durant que trois semaines¹⁷⁶ et la majorité des usagers concernés n'amorçant fréquemment cette démarche que sous pression ou contrainte, sans avoir conscientisé et réfléchi plus avant leur rapport problématique à leur style de vie et de consommation. Et lorsqu'ils acceptent de suivre une cure, à la fin du sevrage, ils se disent fréquemment « guéris » et arrêtent là leur démarche. Les re-consommations ou « rechutes » étant d'autant plus mal vécues par les usagers, tout comme par l'entourage et les professionnels¹⁷⁷ qui s'essouffent dans une prise en charge aléatoire et discontinuée. Pour les uns et les autres, ces re-consommations sont d'autant plus mal vécues que cette caractéristique n'a pas été identifiée comme faisant partie intégrante du processus de soins.

Vu le contexte sociétal, ce qui est donc mis en évidence, c'est un ensemble d'obstacles : la difficulté du rôle de l'intervenant face à ces consommateurs étant donné la normalité de cette consommation, sa banalisation, mais également le traitement moral qui en est de plus en plus fait au niveau sociopolitique (public et médiatique), le manque de prévention, et l'existence générale d'un phénomène de déni par rapport aux consommations problématiques d'objets et de produits. Du côté des usagers, l'alcool étant un produit licite, culturellement accepté, socialement utilisé et dont la dépendance ne s'installe que progressivement, sur un très long terme, les usages problématiques qui vont progressivement conduire à l'alcoolisme sont très peu conscientisés et pris en charge par une prévention collective. Des phénomènes de honte, liés à l'image sociale, caractériseraient fortement ce public par rapport aux usagers d'autres substances illicites¹⁷⁸.

Face à ce contexte, les soignants prennent conscience qu'ils « ne sont que des moments dans un itinéraire aléatoire. Avec un savoir-faire limité, tant le professionnel que la personne alcoolique peuvent partager une conception brève et centripète de la relation d'aide/de soins. Le risque est grand de construire une tour de Babel sans architecte. Mais qui donc est l'architecte ? »¹⁷⁹.

¹⁷⁶ Et qui, en l'état actuel de la prise en charge – vu le manque de médecins généralistes pouvant assurer le suivi médical – semble un passage incontournable chez la majorité des usagers étant donné les risques pour la vie lorsqu'on entreprend un sevrage (risque de mort).

¹⁷⁷ Selon les professionnels, ceci étant particulièrement le cas des intervenants (médecins généralistes notamment) qui ne sont pas « spécialisés » au niveau de leur pratique sur ces questions et ces prises en charge.

¹⁷⁸ Et par ailleurs, ces phénomènes participent aux phénomènes de résistance aux changements.

¹⁷⁹ SAF, op. cit.

3.2.3.3.3. Parcours de soins : quelques éléments sur les étapes dans les itinéraires de soins

3.2.3.3.3.1. Passage par l'hôpital et traitement

Au niveau médical se différencient le traitement de l'alcoolisme (Camprall) et le traitement du sevrage (Valium et vitamines).

« Le traitement du sevrage est différent du traitement de l'alcoolisme, où on utilise du CAMPRAL (sorti il y a 10 ans). Les études montrent qu'il diminue le nombre de rechutes et la gravité des rechutes ; il diminue l'envie ; mais il provoque beaucoup d'effets secondaires et ne marche pas toujours ou pas beaucoup » (Une psychiatre).

Outre les alcoolisations aiguës qui, ponctuellement, peuvent entraîner le passage de certains usagers aux urgences (accidents, blessures, crises d'angoisses, lavage d'estomac, coma éthylique, ...), arrivé au stade de dépendance, l'usager est aux prises avec une compulsion chronique.

« On distingue les alcoolisations aiguës de l'alcoolisme, l'alcoolisme aigu et l'alcoolisme chronique » (Une psychiatre)

« L'abus d'alcool est différent de la dépendance. La terminologie est compliquée. (...) La prise en charge est complexe » (Une psychiatre).

L'alcoolisme est une maladie chronique, qui présente des risques pour la vie de l'usager (décès) si la personne tente d'arrêter de boire seule et d'un seul coup. S'il existe un traitement médical de l'alcoolisme (controversé)¹⁸⁰, le traitement du sevrage est autre chose et renvoie à un processus de désintoxication physique qui se réalise par étape (trois semaines) ; ce qui nécessite une prise en charge médicale et médicamenteuse.

¹⁸⁰ Concernant le Camprall, si les études démontrent une certaine efficacité, dans la pratique, les professionnels sont parfois plus réservés quant à l'efficacité d'un médicament par rapport aux questions de dépendance (physique et psychologique).

Sur base des quantités d'alcool ingérées par jour, le médecin ou psychiatre prescrit une dose dégressive de valium à ingérer par jour sur une période de trois semaines ; cette prescription étant souvent accompagnée de vitamines, et parfois d'antidépresseur ou anxiolytiques lorsque cela s'avère nécessaire.

« Le traitement du sevrage dure plus ou moins trois semaines et nécessite la prise d'un médicament car il y a un risque de fragilité au niveau neurologique, la personne risquant de faire des crises d'épilepsies. On peut y rester. Normalement, on utilise du Valium lors du sevrage qu'on dose selon les quantités d'alcool quotidiennement prises puis qu'on diminue au fur et à mesure » (Une psychiatre).

« Le traitement du sevrage se fait en hôpital. Le traitement de l'alcoolisme plutôt en ambulatoire » (Une psychiatre).

« Le suivi médical ? On donne du Valium, des vitamines B, fréquemment un traitement pour dormir le soir, parfois des antidépresseurs ou un autre traitement selon les problèmes de doubles diagnostics ou un problème gastrologique (avis psychiatrique donné dans le service de gastrologie). Lorsqu'il y a une problématique somatique qui reste, on met en place un suivi conjoint entre le psychiatre et l'endocrinologue parce que la prise en charge somatique est importante vu que ces problèmes sont très présents chez les alcooliques » (Un psychiatre)

« L'alcool diminue la plasticité du cerveau, ce qui entraîne une restriction de la personnalité. Il endommage des zones du cerveau qui sont celles qui permettent d'apprendre et d'envisager de nouvelles habitudes ; l'alcool fige la mémoire exécutive du cerveau. Le corps souffre beaucoup de l'alcool, c'est la drogue qui le détruit le plus. En outre, l'alcool est tellement banalisé que les gens ne savent pas qu'on peut mourir si on est en manque, si on fait un sevrage sans traitement. Il fait beaucoup de dégâts dans le cerveau et les reins. C'est une des seules drogues qui a ces effets dangereux, même comparé à l'héroïne » (Un psychologue).

Au niveau physique, la désaccoutumance serait donc effective après une période de trois semaines. La question de la dépendance psychologique ne se réduit cependant pas à la désaccoutumance physique. Face aux usagers, qui sont souvent « sans demande », les services de sevrage tentent, autant que faire se peut, d'organiser un protocole de prise en charge où l'utilisateur est conduit à développer sa réflexivité sur sa démarche, sa santé, son parcours.

Selon la majorité des professionnels rencontrés, et vu le manque de médecins généralistes formés sur ces questions, il est préférable que le sevrage ne se fasse pas en ambulatoire car il comporte des risques pour le patient puisqu'il nécessite la prise dosée et dégressive d'un médicament (Valium), le patient pouvant le cas échéant en mourir (delirium tremens, crises d'épilepsies, crises cardiaques, etc.).

« Une prescription ? Leur dire : n'arrêtez pas l'alcool tant que vous n'avez pas de place en hospitalier ou tant que vous n'êtes pas suivi par un médecin. Il y a très peu de sevrages en ambulatoire, c'est trop dangereux. On les renvoie en hospitalier » (Une psychologue).

Cependant, cette prise en charge hospitalière n'est pas sans lacunes vu que les multiples dimensions impliquées dans l'alcoolisme, son traitement, et la temporalité qu'exigerait le suivi entrent pour partie en contradiction avec la logique institutionnelle hospitalière, dont les restrictions liées à des exigences de rentabilité¹⁸¹. Ces restrictions s'observent également dans le champ de la santé mentale (normes INAMI).

« Les délais sont parfois trop longs pour une place pour une hospitalisation (sevrage) » (Une psychologue).

« Il y a une temporalité trop courte des hospitalisations : les pathologies aiguës sont soignées mais non les autres plus chroniques.

¹⁸¹ C'est le problème de la temporalité de la prise en charge, notamment du fait de la chronicité et pluri-dimensionnalité du problème, ce problème de la temporalité du travail avec l'utilisateur étant cependant transversal aux diverses structures de soins.

Il y a beaucoup d'hospitalisations aiguës de personnes totalement désinsérées et quand la personne va sortir, rien n'aura changé. Le schéma classique de l'hôpital ne convient pas à ce type de patient » (Un psychologue).

A cet égard, les problèmes de la prise en charge en milieu hospitalier sont de divers ordres. Outre cette temporalité ponctuelle et réduite du suivi, surtout en ce qui concerne les pathologies chroniques, citons encore : le silence ou la non visibilité de l'alcoolisme lorsque l'usager n'arrive pas dans un service qui s'occupe explicitement de cette question, la coupure avec le milieu de vie qui est souvent mal vécue par l'usager, les exigences et expulsions liées à la transgression de l'abstinence et aux « rechutes », la prise en charge d'un public « qui ne demande rien » (problème de la prise de conscience et de la mise en place d'un suivi à plus long terme), le manque de relais entre l'hôpital et le milieu de vie, etc.

« Concernant la consommation problématique d'alcool, le plus fréquemment ce sont soit des personnes qui viennent aux urgences demander une aide pour une première fois, soit des personnes qui ont déjà un long parcours dans les soins : 10 sevrages et 10 échecs » (Un psychiatre).

« Cliniquement, c'est la reconsommation (quelqu'un qui reboit un verre) et non pas la rechute (quelqu'un qui reboit depuis quelques semaines non stop) qui pose problème pour les usagers. C'est difficile pour eux (vu aussi les affects dépressifs ou la co-morbidité), avec tout ce que cela implique au niveau familial, social (le regard de l'autre). L'alcoolisme n'est pas une structure mais un phénomène, un symptôme. Un autre problème, ce sont les sentiments d'abandon, de solitude car beaucoup ont tout perdu » (Un psychologue).

C'est pourquoi, une prise en charge « idéale » nécessite à ce niveau une collaboration entre les réseaux de soins ambulatoires et hospitaliers.

L'hôpital étant paradoxalement d'une part, un « passage » quasi inévitable dans les parcours de soins de ces usagers, une instance de « première ligne » qui se confronte massivement à ce public, et à l'occasion de divers problèmes de santé, et d'autre part non spécifiquement organisé pour assurer une prise en charge globale et à plus long terme de ces problèmes et usagers. D'où l'importance de développer les réseaux de professionnels pour assurer un suivi médical et psychosocial, offrir un soutien psychologique et parfois socio-juridique. Cela soutiendrait la démarche de l'utilisateur afin de l'aider à développer des perspectives futures, en vue également d'éviter les multiples re-consommations et « rechutes » qui conduisent à multiplier les sevrages, ce qui a aussi un effet aggravant pour la santé et la problématique de ces personnes.

« Non, on n'assure pas de prise en charge médicale. On renvoie aux Urgences en psychiatrie. Cependant, parfois on va assurer un suivi en ambulatoire mais dans ce cas, on collabore avec le médecin généraliste » (Un psychologue).

« Il y a beaucoup de demandes de sevrage de personnes qui arrivent aux urgences car les autres services de prise en charge sont saturés, avec des délais d'au moins 4 semaines alors qu'il y a une problématique de l'attente chez ces personnes » (Un psychologue).

« Le suivi par un psychologue est d'une ou deux fois par semaine, pas celui du psychiatre. A partir de notre Unité, il y a des possibilités de commencer un sevrage en ambulatoire. Mais sous réserve qu'il y ait une prise de conscience par la personne de son problème et une compliance au traitement. Dans ces cas, on travaille à plusieurs. On collabore avec le médecin traitant vu que la personne alcoolique peut mourir lorsqu'elle tente d'arrêter de boire » (Un psychologue).

Cependant, le passage aux urgences ne signifie pas que la personne va être acceptée pour une hospitalisation en vue d'une cure de sevrage. Les réseaux étant des coordinations transversales, internes à une institution et entre équipes de diverses institutions, on peut déjà souligner l'effort actuel qui existe dans certains hôpitaux de mettre en place des partenariats et coordinations entre divers professionnels et services en leur sein¹⁸².

« Un grand nombre de sevrages sont suivis par les gastrologues ou dans le service psychiatrique mais les patients ne sont pas acceptés pour un sevrage lorsqu'ils arrivent aux Urgences. Aux Urgences, on propose des consultations pour travailler la demande » (Un psychiatre).

« Il y a une consultation avant l'hospitalisation. Puis le suivi du sevrage. Et nous nous occupons de l'après sevrage avant la sortie : soit on renvoie à un professionnel extérieur, soit si le patient le souhaite, il peut être suivi par nous. L'hospitalisation est de 3 semaines : la première semaine est une semaine de « mise à l'abri » (pas de coups de téléphone, pas de visites, pas de sortie), la deuxième semaine les visites sont permises mais non les sorties, la troisième semaine les sorties et le téléphone sont acceptés. Et nous proposons d'avoir un contact avec la famille et l'entourage. Ce contact peut se faire avant ou pendant l'hospitalisation » (Un psychiatre).

Quant aux structures en toxicomanie, celles qui sont les plus spécialisées à ce niveau sont les centres de cure et de post-cure qui proposent une prise en charge des différents aspects (médical, thérapeutique et social) ou qui sont plus spécialisées dans la problématique « alcool ».

¹⁸² Dans l'hôpital, d'autres services que les Urgences ou le service psychiatrique sont concernés par le problème de l'alcoolisme et divers services vont prendre en charge ces usagers, comme les services de médecine interne. Cependant, dans ces cas de prises en charge, le problème de l'alcoolisme reste très souvent invisible, silencieux. D'où des tentatives actuelles de sensibilisation, diffusion d'information, formation, concertation entre services, comme c'est le cas par exemple du projet porté par la Liaison Alcool à l'hôpital St-Pierre, mais également dans le réseau de l'UCL, ou d'autres structures que nous n'avons pas investiguées faute de temps.

« Les centres post-cure fonctionnent mieux quand ce sont des centres plus spécialisés sur la problématique » (Un psychologue).

Bien que ces structures se confrontent elles aussi au manque de temps et à une temporalité trop courte quant à leur offre de prise en charge pour certains usagers.

« Il y a une difficulté grandissante d'avoir le temps de suivre une personne toutes les semaines. Cependant, lorsque la personne est prête, on s'arrange tout en évaluant si elle utilise cet espace. On en devient très pointilleux sur la question de la régularité » (Une psychologue).

3.2.3.3.2. Quelques caractéristiques sur les conditions d'accès et le suivi dans la prise en charge (« l'avant et l'après traitement »)

- La « demande » des usagers

Selon les professionnels, ce public se caractérise donc très fréquemment par un déni, une absence de demande d'aide ou de soins venant de leur part, et adressée au professionnel.

« La particularité, c'est qu'on se confronte à des personnes qui ne demandent rien, qui sont dans le déni. Il faut créer la demande, la prise en charge (formation du personnel médical) pour qu'un jour les patients arrivent décomplexés » (Un psychologue).

« Quand les patients arrivent chez nous (CSM), c'est qu'ils ont déjà accepté leur problème. Cependant, souvent ils minimisent le problème. En le minimisant, cela aura des effets sur la prescription inadéquate de Valium. Lorsqu'ils sont sevrés, ils déclarent : « C'est fini, je suis guéri » ou ils ne veulent pas complètement arrêter. On observe que le concept d'abstinence est difficile alors qu'il est prouvé que c'est la seule façon efficace d'éviter les rechutes » (Une psychiatre).

« Les usagers sont très peu motivés pour des sevrages hospitaliers. Ils y ont peu réfléchi. Ils viennent faire des sevrages sous pression extérieure (conjoint, enfants, famille, employeur, etc.). Ils devraient être plus clairs par rapport à leur problématique, leur demande, leur décision d'arrêter. Le patient « idéal » est celui qui aurait fait un parcours plus réfléchi, dont la demande et la décision se seraient construites progressivement par élaboration et réflexion, avec l'aide de services extérieurs si besoin est. On a parfois l'impression que les patients viennent trop tôt à l'hôpital par rapport à ça. Même si pourtant, les cas sont souvent lourds » (Un psychiatre).

Comme nous l'avons souligné précédemment, c'est le plus souvent « sous contrainte » quelle qu'elle soit (atteinte au corps, pression familiale, professionnelle ou judiciaire) que l'utilisateur « met un pied » dans les circuits de soins.

« Avec ces patients se pose la question de leur réel désir d'être soignés. Ils viennent rarement d'eux-mêmes et pour eux-mêmes, mais par pression extérieure et/ou accident » (Un psychiatre).

« Beaucoup de familles nous disent : « Vous voyez bien docteur qu'il a un problème, il faut le soigner ! ». Or, on ne peut hospitaliser un patient alcoolique qui ne le souhaite pas. On ne peut faire une injonction à se faire soigner. Il faut travailler la motivation, sinon ça ne marche pas. Or il y a très peu de demande de se faire soigner dans ce public » (Un psychiatre).

Déjà, dans les parcours de vie, l'aval de l'accompagnement ou d'une prise en charge psychologique ou médicale est caractérisé bien souvent par un manque d'identification du problème ou sa mise sous silence chez les usagers, l'entourage et même chez les professionnels¹⁸³.

¹⁸³ Non seulement le corps médical est tenu au secret professionnel, mais de plus, selon certains, c'est un corps professionnel où existe beaucoup de problème de consommation, d'où une difficulté liée à « l'auto-analyse » de ces professionnels quant à leur propre consommation et celle de leurs collègues.

« Il y a le problème de la profession soignante, parce que c'est une des professions où il y a le plus de problèmes d'alcool. Or, le personnel soignant a beaucoup de déni par rapport à sa consommation d'alcool » (Une psychiatre).

« Il y a un problème de reconnaissance de la problématique alcool tant chez les patients que chez les intervenants. La problématique alcool passe parfois inaperçue (...). A l'hôpital il y a pas mal de problématiques éthyliques anonymes vu un manque de détection et de ressources des services médico-psy. Il y a un manque de sensibilisation et de formation des équipes de somaticiens ; une surcharge globale des équipes médicales et infirmières ; un manque de suivi dans la prise en charge d'un grand nombre de patients et un problème de la temporalité de la prise en charge » (Un psychologue).

Enfin, concernant les différences d'approches déployées par les professionnels lors de leur suivi ou accompagnement, c'est l'approche psychanalytique la plus répandue. Or dans cette approche, l'outil de travail est axé sur la parole, ces patients étant cependant fort peu dans la parole ou la mise en mots face à leur problème ou leur demande¹⁸⁴.

« L'alcoolisme n'est pas la maladie préférée des psychiatres. Freud lui-même avait des difficultés à regarder ses propres addictions. L'alcoolique est plus dans l'acte que dans le dire, c'est pourquoi il est un peu le mal aimé des psychiatres car il est moins dans l'élaboration. La psychiatrie est moins attirée par ce genre de projet et de public » (Une psychiatre).

¹⁸⁴ Face à quoi, soulignons, à l'instar d'un témoignage d'un médecin « alcoologue » (SFA), que « le métier d'alcoologue apprend à fonctionner autrement que ne l'apprend la formation médicale qui s'inscrit beaucoup plus dans le pouvoir. L'alcoologue s'inscrit dans la relation, et non plus dans l'efficacité. Il se dessaisit de ce savoir médical. L'alcoologue est celui qui continue à transmettre du logos face à des sujets qui ne sont pas toujours dans la parole», débats lors de l'atelier « Et les autres soignants. Qui est l'alcoologue ? », op. cit.

Ce qui entraîne parfois un écart entre d'une part, ce qu'attend le professionnel pour avoir l'impression d'« aider » l'utilisateur (expression d'une demande, déconstruction du déni, débanaliser sans dramatiser : l'hypothèse que proposent certains professionnels pour expliquer cet état de fait étant un manque de conscience, de mise en mots ou de travail ou parfois de capacités d'élaboration psychique chez ces sujets) et d'autre part, ce que ces usagers viennent (ou ne viennent pas) chercher auprès de ces professionnels.

« L'alcool renvoie à nos propres limites en tant qu'intervenant ; contrairement à d'autres toxicomanies, où il y a des traitements de substitution. Avec la méthadone, le médecin a l'impression d'avoir un moyen d'action, ce qui n'est pas le cas ici » (Une psychiatre).

« C'est une clinique du paradoxe, de l'impuissance. Dans ce domaine, le travail se fait à long terme or au niveau du champ de la Santé mentale bruxellois, il y a de moins en moins de lieux où l'on travaille à long terme. Notamment parce que, par exemple, un lit T (chronique) rapporte moins qu'un lit A (aigu) » (Un psychologue).

C'est pourquoi, à côté de cette approche, celle de Carl Rogers, l'entretien motivationnel et empathique, sont des outils concrets auxquels se réfèrent certains psychologues dans leur pratique pour travailler avec ces usagers.

- La question de l'abstinence

Concernant l'accès aux soins médicaux et la possibilité d'envisager un sevrage, une cure, une post-cure, une condition est bien évidemment celle de l'abstinence¹⁸⁵, ce que beaucoup d'usagers ont difficile à envisager.

¹⁸⁵ D'autres conditions qui reviennent fréquemment sont la négociation du cadre (entretien de pré-admission, d'information ou premier entretien), se faire traiter par un médecin, être en ordre de mutuelle, etc.

C'est à nouveau la contrainte (entourage, maladie ou accidents qui touchent à leur santé, monde du travail, justice) qui conduira un certain nombre d'usagers à se « soumettre » à un sevrage (fréquemment mal vécu) et un accompagnement médical et/ou psychiatrique et/ou psychologique.

« C'est difficile de convaincre les personnes qui ont un problème avec l'alcool de prendre contact avec un médecin » (Un psychologue).

« Le concept d'abstinence est difficile alors qu'il est prouvé que c'est la seule façon efficace d'éviter les rechutes. Aux urgences, l'abstinence n'est pas une condition pour accéder à une consultation ou aux soins d'urgence. Les personnes que je vois arrivent souvent sous influence d'alcool. Mais au moment de la consultation, aucune décision ne sera prise (quant au traitement de l'alcoolisme) tant que la personne est alcoolisée » (Une psychiatre).

Ce que soulignent les professionnels, c'est la fréquence des rechutes ou des re-consommation dans ce public d'usagers. Ce qui est un événement souvent mal vécu par une grande majorité de professionnels et de patients. Par contre, cette exigence d'abstinence sera moins importante pour d'autres types de prises en charge, dont le travail et l'efficacité dépendent moins de cette condition, dès que l'on se situe sur le terrain de la prise en charge psychologique et sociale.

Ainsi, lors du sevrage, le contrat d'abstinence est une condition d'accès à la prise en charge alors qu'il ne l'est pas dans d'autres lieux qui proposent un accompagnement psychosocial. Et notamment, dans le cas des doubles diagnostics.

« L'abstinence est exigée s'il y a hospitalisation. Elle n'est pas exigée lorsqu'il y a un suivi ou des consultations uniquement. Parfois, les psychiatres suivent des sevrages en ambulatoire » (Un psychiatre).

« L'abstinence est la position la plus confortable mais c'est à la personne de la trouver. On ne va pas l'imposer contre son gré, contrairement à d'autres structures qui l'imposent, où le produit est perçu négativement, c'est le toxique à éradiquer » (Un psychologue).

« Il n'y a pas d'exigence d'abstinence ou de sevrage. Nous considérons que nous n'avons aucune recommandation à faire. Selon le parcours de la personne et où elle en est ; il y a différents lieux de vie, de consultation, d'hospitalisation. Pour certains, il y aura plus de sens de venir dans un CSM, pour d'autres dans un centre de jour, etc. » (Un psychologue).

« L'abstinence n'est pas recommandée, elle est même proscrite pour des patients à double diagnostics, donc des consommateurs de substances psychoactives ayant des troubles psychiatriques » (Une psychologue).

Lorsque certaines structures qui assurent un hébergement et un accompagnement psychosocial vont exiger cette abstinence - les raisons invoquées étant alors la nécessaire « disponibilité du sujet » pour entreprendre ce travail sur lui-même, et celle de la prise en charge institutionnelle qui fait concurrence au produit -, il n'empêche que c'est également les débordements potentiels, le manque de temps et l'offre restreinte de la structure, qui font de la condition d'abstinence un critère de sélection des usagers qu'ils prennent en charge.

« Les centres d'hébergement se confrontent parfois à de gros problèmes avec l'alcoolisme de leurs usagers et un non respect du règlement intérieur » (Une assistante sociale).

« Dans le service, vu que beaucoup de personnes dépendantes sont mises ensemble, cela nécessite de gérer rigoureusement le service, sinon il y a une circulation d'alcool et de produits » (Un psychologue).

« « X » propose des structures mixtes avec différents types d'usagers. Dans ces structures, il est important de tenir la règle car s'il n'y a pas de règles, s'ils ne sont pas encadrés, il y a des problèmes d'alcool et de violence » (Un psychologue).

Cependant, par rapport à cette question, nous avons observé globalement que les intervenants du champ de la toxicomanie présentent plus fréquemment un positionnement quelque peu plus souple, du fait qu'ils sont spécialisés dans l'accompagnement des addictions et assuétudes, et qu'ils ont dû depuis plus longtemps réfléchir sur ces questions et les difficultés de l'accompagnement de leur public, en prenant distance par rapport à un idéal professionnel emprunt d'idéologie (« guérir », « sauver », définition du professionnel comme « celui qui sait » pour l'autre, etc.). Leur expertise spécialisée et leur expérience professionnelle les ont fait réfléchir sur leur rôle d'intervenant, en réintégrant les enseignements de leur pratique professionnelle. Ce qui n'empêche qu'une série de difficultés se posent à l'exercice de leur pratique dans le cadre de structures d'hébergement (ou résidentiel) : le rassemblement de personnes ayant des problèmes de consommations abusives et de dépendance entraînant fréquemment l'introduction de substances au sein de ces structures, ce qui pose le risque qu'à la suite d'une re-consommation par un patient, il y ait un « effet de contagion » (qu'il entraîne d'autres dans son sillage).

Plusieurs professionnels évoquent ces problèmes auxquels ils sont confrontés avec ces publics, lorsque ces derniers sont rassemblés en un même lieu d'hébergement (hôpital, communauté thérapeutique, maison de transition, etc.), ce qui peut entraîner des « re-consommations collectives », des vols, de la violence, etc. D'où aussi parfois la mise en place de dispositifs de surveillance fort contraignants (prise de sang, prise d'urine, fouille dans les affaires des patients, etc.) et de sanctions (renvoi, exclusion).

« Les rechutes font partie de la maladie mais si le patient introduit de l'alcool, il y a une mise à mal de l'hospitalisation, ce qui peut entraîner une exclusion. Cependant, s'il n'y a pas de transgression massive, le traitement peut continuer après en avoir parlé avec le patient, et après avoir recadré les objectifs du traitement et de l'hospitalisation » (Un psychiatre).

Quoi qu'il en soit, terminons en soulignant qu'une partie des professionnels en revient de l'idée d'une « abstinence éternelle ». Ces éléments sont travaillés dans le champ des toxicomanies et de l'alcoologie par les intervenants qui mènent depuis longtemps une réflexion continue sur leur pratique professionnelle. En effet, à l'instar des cliniciens alcoologues français, les intervenants en toxicomanie « en sont revenus d'une abstinence éternelle » en ce qu'elle relèverait plus de leur volonté « d'aider » (ou de « guérir l'autre ») et de leur fantasme d'intervenants que de la réalité des étapes vécues par les usagers dans leur parcours, de ses difficultés, de ses bifurcations, de ses freins et leviers.

« Les problèmes de rechutes sont mal vécus par les usagers lorsqu'ils avaient réussi à se stabiliser. Les professionnels travaillent ça avec eux pour les aider à remonter, en soulignant qu'ils ne sont pas pour autant retombés à la case départ.

C'est également un aspect qu'on travaille avec les médecins, afin qu'ils ne se découragent pas et qu'ils dédramatisent avec les patients : c'est une phase difficile, sans plus. Il faut prendre en compte d'autres paramètres à côté du produit : le réseau, la profession, les relations, la question de la reconnaissance. Cette prise en compte est rarement le fait des médecins « tout venant » qui, face à une rechute, considèrent le contrat rompu et arrêtent la prescription. L'objectif étant que les médecins généralistes ne fassent pas ça. Donc, on travaille avec les médecins sur leur sentiment d'impuissance, d'échecs, de déception » (Un psychologue).

« Parfois, l'alcoolisme est lié à un style de vie en soi. Et on a très difficile à faire passer le message quant au côté insidieux et vicieux de l'alcoolisme. L'alcoolisme est souvent noyé dans tout le reste. C'est souvent le problème le moins grave de tous les problèmes qu'ont ces personnes. Maintenant, les situations sont extrêmement variables. Mais ce qui choque, c'est la chronicité du problème par rapport à l'alcool. Les équipes se sentent souvent impuissantes. Mais on travaille ça, ce sentiment d'impuissance. La décision de faire quelque chose doit venir de la personne. On ne peut obliger un fumeur asmathique d'arrêter de fumer. On ne peut obliger quelqu'un qui a de multiples problèmes d'arrêter de boire. Mais ça renforce tous ses autres problèmes vu les démarches à faire pour s'en sortir et régler sa situation » (Une assistante sociale).

L'abstinence n'étant pas un objectif mais un moyen qui vise le vivre mieux, il s'agirait davantage de proposer aux patients de définir un temps d'abstinence (échéance possible de sorte également que la personne se « retape un peu physiquement »).

En effet, selon l'urgence des situations, fréquemment « il faut s'occuper du somatique avant de s'occuper du psychique, et définir un temps d'abstinence, c'est notamment pour permettre aux neurones de recommencer à fonctionner ». Soulignons cependant que les positions face à l'abstinence dépendent du travail psychique, tout le monde n'étant pas égal face au travail psychique.

« Par rapport à ceux qui sont dans un travail d'élaboration névrotique, le cadre de travail peut être plus souple. D'autres vont avoir besoin de l'ancrage dans une abstinence sans faille pour retrouver une confiance, une estime de soi. Chez ceux qui ne savent plus mener leur vie du fait de l'alcoolisme, c'est une question de survie. La césure n'est pas d'abord entre le médical et le psychologique »¹⁸⁶.

Enfin, les professionnels ne doivent pas sous-estimer certains facteurs qui aident ou freinent les usagers à changer leurs comportements compulsifs.

« Il ne faut pas oublier qu'il y a des différences énormes entre patients liées au désir de changer, aux capacités de s'améliorer, à l'intelligence (capacité de conceptualisation, capacité hypothético-déductives, capacité d'élaboration, ...), à l'histoire familiale, aux déficits neuropsychologiques, au réseau de soutien, aux situations financière »¹⁸⁷.

En définitive, on observe une évolution de la pratique clinique par rapport à la question de l'abstinence, par rapport à la prise en compte du motivationnel et de l'empathique.

¹⁸⁶ SAF, op. cit., intervention lors des débats.

¹⁸⁷ Intervention de L. NADEAU, ibid.

- Relais, et réinsertion : au bout de la chaîne...

Une autre difficulté mise en évidence par les divers professionnels, c'est le manque de relais liés à « l'avant et l'après sevrage ou traitement ».

« Il y a un manque de relais dans le domaine psychiatrique » (Un psychiatre).

« Le manque de relais entre l'hôpital et le milieu de vie ; les centres de santé mentale de certaines communes sont saturés » (Une psychologue).

« L'orientation se fait en lien avec le réseau. (...) Il n'y a pas assez de contacts. Cependant, ce réseau tisse une toile assez large à Bruxelles et hors Bruxelles. Il s'agit de continuer à stimuler les liens » (Un psychiatre).

« Les collaborations se font surtout en interne. Dès qu'il faut orienter vers des structures résidentielles, c'est plus difficile » (Un psychiatre).

Ainsi, après un sevrage, se posent souvent les problèmes du manque de structures de relais, des rechutes (ou re-consommation) et de la prise en charge à long terme de ces usagers confrontés, pour un certain nombre d'entre eux, à une maladie chronique. A cet égard, outre le temps de la prise en charge en hôpital, et pour partie dans les centres de santé mentale aussi, qui est trop limité (capacité d'accueil et/ou temporalité), les professionnels sont surchargés, et il y a un manque de relais toutes structures confondues (en psychiatrie, en cure/post-cure, et au niveau social). En effet, les psychologues des centres de santé mentale, de centres de cure et de post-cure parlent également de ce manque de temps, lié à une capacité de prise en charge trop limitée de leur structure.

A ce niveau, assurant une prise en charge à plus long terme, et œuvrant par rapport à cette tension qui existe autour de la « coupure ou du maintien » de l'utilisateur dans son milieu de vie, interviennent les réseaux de professionnels qui se sont organisés entre les médecins, psychiatres, psychologues, infirmiers et assistants sociaux¹⁸⁸, pour que soit assuré l'accompagnement, dans ses divers aspects, et l'orientation des usagers selon les étapes de leurs parcours. Par rapport à la temporalité de la prise en charge, ce sont principalement les professionnels des centres de santé mentale qui peuvent assurer un suivi ou une prise en charge ambulatoire à plus long terme, les médecins généralistes du R.A.T et certaines structures d'accompagnement psychosocial du champ des toxicomanies, où encore entre ces professionnels, les centres de cure, de post-cure, les communautés thérapeutique et d'hébergements de transition, les centres de jour. Sans oublier les groupes d'entraide qui se sont auto-organisés.

Ainsi, suite à un sevrage ou une cure, il existe des dispositifs de prises en charge « alternatives » qui permettent aux personnes qui sont aux prises avec des problèmes de dépendance, et qui ont besoin d'accompagnement et/ou d'un suivi médical, de rester dans leur milieu de vie, tout en étant prises en charge psychomédico-socialement, grâce à ces divers dispositifs d'aide.

Cependant, le manque de relais, dans le domaine social cette fois, est particulièrement questionnant pour les intervenants des centres de cure et de post-cure ; car il met à mal leur mission de réinsertion vu que les usagers concernés par leurs services constituent souvent un public extrêmement précarisé, marginalisé et désaffilié, qui présente un long parcours dans les réseaux institutionnels, certains d'entre eux étant « passés par toutes les institutions ».

¹⁸⁸ Cfr. les réseaux « ABC », « Dépendance Bruxelles-Est », le R.A.T, etc.

Ils se confronte à d'énormes problèmes de solitude une fois « en dehors » de ces structures qui les « tiennent ».

« Comme le séjour dure trois mois, l'accompagnement est trop court pour certains et l'insertion n'est pas réalisable. Quand ils sortent, certains vont essayer de re-postuler. Ils vont alors sur une liste d'attente ; l'attente tourne autour de 3 mois, parfois elle est plus courte. Certains font des allers-retours. Certains sont suivis depuis 3, 4, 5 ans. D'autres depuis 10 ans. On a nos chroniques » (Une psychologue).

« Comme on constate que les personnes qui ont des problèmes de dépendance s'isolent de plus en plus, on trouve important de développer le travail avec l'entourage. Mais il y a un manque de temps pour le travail avec les familles » (Une psychologue).

« Le manque de relais pour les personnes qui ont tourné dans tout le circuit » (Une psychologue).

« C'est le manque de relais. Il faudrait des structures pour l'après (le passage ici) (...) On est dans les derniers relais. Ils sont parfois orientés vers des appartements supervisés. Mais la réinsertion demandée par l'INAMI, qui est actée dans le contrat thérapeutique, est une réinsertion par la formation et l'emploi. Or, une grande partie des personnes ici sont reconnues comme malades par l'INAMI, et ont donc de petits revenus, ou bien elles sont prises en charge par le CPAS. Leur réinsertion professionnelle n'est donc pas chose facile. Et souvent, la question du logement pose problème. D'autant que la plupart d'entre eux n'ont plus de famille (rupture des liens) » (Une psychologue).

« On souhaite créer un réseau, organiser des relais. Il faut développer le réseau tant au niveau pré-cure, cure que post-cure. L'image, c'est d'être un point relié à une corde, qui renvoie à un autre point, relié à une autre corde » (Un psychologue).

Vu le manque de centres de jour et d'hébergement, il serait judicieux d'augmenter le nombre de structures d'accueil pour les usagers chroniques « ne tenant plus tout seuls ». A ce niveau sont pointés les problèmes de désaffiliation sociale, du logement et de l'insertion dans les temps après le temps institutionnel, vu la rupture des liens sociaux et familiaux, et l'isolement¹⁸⁹. A cet égard, une initiative positive nous a été rapportée, le projet porté par divers ex usagers de co-louer ensemble un logement à leur sortie de l'institution.

« Il y a un problème pour les patients fragiles et chroniques qui ne tiennent que dans certaines structures mais qui sont incapables de vivre seuls chez eux. Ils sont incapables de tenir une abstinence chez eux et finissent parfois mal. Il faudrait des centres ou structures d'accueil pour ce public de personnes » (Un psychologue).

« Il y a toute une problématique sociale qui est importante : doit-on les mettre en observation psychiatrique ? D'autant que l'on sait que cela ne marche pas. Doit-on mettre leurs biens sous tutelle ? C'est la question financière. Il y a les problèmes d'emploi et de logement, le décrochage du système et de remise en ordre administrative. La crise actuelle est un obstacle pour la réinsertion professionnelle de ce public. Il s'agit de les rassurer pour qu'ils ne se victimisent pas, qu'ils ne baissent pas les bras » (Un psychologue).

« L'après est un problème car on est très limités à ce niveau. On est la dernière béquille » (Une psychologue).

« Le problème de la solitude « après » : la majorité n'a plus de liens familiaux, et leur ancien réseau est lié à la consommation. Donc se pose la question de « comment refaire des contacts ? ».

¹⁸⁹ A cet égard, il serait intéressant de ré-interroger aussi les effets négatifs d'un idéal, qui a un sens thérapeutique par rapport à la problématique, mais qui a également acquis un sens normatif, qui renvoie à l'exigence « de se couper de son milieu de vie et de son réseau de sociabilité » pour s'en sortir, cette contrainte étant actuellement reprise dans les jugements judiciaires.

Ils se retrouvent souvent fort seuls à l'extérieur alors que la solitude leur pose problème (ils ne peuvent plus et ne veulent plus vivre seuls) ; l'idée de vivre seul et les questions d'autonomie sont les grandes questions qui leur posent problème. De plus en plus souvent, ils pensent à des colocations. L'idéal serait de créer des structures de communautés de vie à long terme pour eux, car ils tiennent dans le cadre, mais ne tiennent plus dès qu'ils ne sont plus dans ce cadre. L'idée de créer des espaces de vie à long terme répondrait à leur besoin d'une béquille institutionnelle sans laquelle ils ne tiennent pas » (Une psychologue).

Enfin, les professionnels soulignent également divers autres problèmes qui font obstacles à leur pratique professionnelle : outre le manque de subventions des diverses structures, le manque de relais, les capacités réduites d'accueil des structures et le manque de temps, sont également pointés l'infantilisation de ces personnes (on désigne des administrateurs de biens, des médiateurs de dette, etc. « et tout le monde trouve ça normal »), le contrôle social (on demande aux intervenants de contrôler les usagers, de rendre des comptes à la justice, certains psychiatres seraient devenus des « flicateurs »), les discours sécuritaires et normatifs uniformisants, et le rapport social entre usagers et professionnels qui enferment les usagers dans un rapport de pouvoir entre expert et usager, etc.

3.2.3.4. L'intérêt de l'ouverture d'une ligne téléphonique « alcool »

Lors de ces rencontres avec les professionnels, le projet d'ouverture d'une ligne téléphonique dédiée à l'alcool à Infor-Drogues a particulièrement bien été accueilli. Ce projet s'insère dans cette logique du travail en réseau ; c'est un outil relais pour l'ensemble des professionnels qui manquent bien souvent de temps pour rechercher l'information et réaliser les démarches et les prises de contacts relatives à l'orientation des usagers dans les circuits de soins.

3.2.4. Eléments de synthèse

Premièrement, au niveau de la problématisation, l'ensemble des enseignements souligne les difficultés de positionner l'alcool par rapport aux consommations de substances psychoactives illicites d'une part, et par rapport au champ de la santé mentale d'autre part. Ces questions et débats autour des différences et ressemblances qui existent entre la consommation de drogues illicites/licites d'une part et entre des alcoolisations aiguës/l'alcoolisme, les problèmes de dépendance et de santé psychique d'autre part, montrent les difficultés d'appréhender, penser, comparer, définir une problématique lorsqu'on se confronte à une césure culturelle qui, en définissant ce qui est « licite et illicite », et ce qui est « normal et pathologique »¹⁹⁰, est au fondement des définitions de la réalité dans une société donnée, et du traitement public et sociopolitique qui est fait de ces questions dans cette société. Se posent les questions du sens ou de la fonction sociale et psychique de ces usages, des problèmes de dépendance que ces substances peuvent entraîner, de la transversalité entre les substances psychoactives licites et illicites, de leurs impacts psychiques, physiques et sociaux ; l'ensemble de ces questions entraînant un nombre croissant de professionnels à promouvoir une approche critique, globale, intersectorielle, transversale et réticulaire (en réseau) des questions posées par les addictions et les assuétudes dans nos sociétés.

Deuxièmement, au niveau du traitement public et clinique de l'alcoolisme, concernant l'efficacité de la prise en charge, de l'intervention et de l'accompagnement, entrent en jeu divers éléments.

Au niveau collectif et communautaire, c'est le manque de prévention (identification sociale d'une problématique, diffusion d'informations et d'outils de sensibilisation sur les contextes et les risques posés par les consommations problématiques et abusives) qui est un obstacle pour prévenir l'alcoolisme. C'est une question politique (macro et micro).

« La question de la prévention se pose donc de façon de plus en plus importante. La seule chose qui ait un peu marché, c'est les campagnes « Bob ». Au niveau préventif, il faut faire beaucoup plus. Notamment, dans les écoles qui sont de plus en plus confrontées à ces problèmes et cette problématique difficile à gérer. Il faut bien recadrer le règlement auprès des élèves. Mais développer la prévention, c'est une question politique. Il faudrait plus de débats autour de l'alcoolisme vu la banalisation » (Un psychologue).

« Toutes ces situations qui traduisent des manquements : où est vraiment le problème ? Où orienter le patient par la suite ? Comment le garder en hôpital ? (...) Tout les manques au niveau préventif, au niveau de l'information, de la sensibilisation : à l'école, dans la famille, au niveau de la réduction des risques. Il faudrait faire des interventions aux endroits les plus exposés » (Un psychologue).

¹⁹⁰ L'anthropologie et la psychanalyse nous rappellent que cette césure est une limite culturellement consacrée.

Au niveau de l'approche médicale, les connaissances, d'une part, des impacts des consommations problématiques et abusives d'alcool sur le somatique (neurologie, gastrologie, etc), et d'autre part, des traitements médicamenteux (de l'alcoolisme et du sevrage), avec l'identification de l'ensemble des difficultés liées aux re-consommations et aux rechutes, et l'importance d'organiser une prise en charge à plus long terme via l'organisation de relais, sont des outils clés à diffuser dans le corps professionnel. A cet égard, il s'agirait de développer la formation du corps psycho-médico-social.

Au niveau de l'approche psychologique, comme nous l'avons vu, on n'identifie pas, dans la clinique, une seule structure de personnalité derrière ce symptôme, l'alcoolisme étant un symptôme transversal à divers publics. Les usagers boivent (tous) pour des raisons différentes. Diverses approches sont pratiquées et complémentaires : psychanalytique (la fonction pour le sujet), systémique (entourage et système relationnel), comportementaliste (l'empathique et le motivationnel).

Du côté des usagers, vu l'importance des phénomènes narcissiques qui sont en jeu, il s'agit de favoriser l'estime de soi tout en aidant les sujets à développer leur démarche réflexive, leurs capacités d'action, de réactance et de résilience¹⁹¹. Il faut tenir compte du fait qu'il y a des différences énormes entre patients liées au désir de changer, aux capacités de s'améliorer, à l'intelligence (capacité de conceptualisation, capacité hypothético-déductives, capacité d'élaboration, ...), à l'histoire familiale, aux déficits neuropsychologiques, au réseau de soutien, aux situations financières.

Selon les étapes où en sont les usagers dans leur parcours de consommation et leur itinéraire de soins, l'accompagnement peut être médical, psychologique, psychopédagogique ou social. Quant aux questions en lien avec la santé mentale dans le cas des doubles diagnostics, elles relèvent de la compétence des psychologues autant que des psychiatres. Du côté de la prise en charge des patients, les difficultés concernent également le déni des usagers face à leur rapport problématique à l'alcool, leur sentiment d'impuissance face à des « re »-consommations répétées, la pénibilité et la répétition des cures de sevrage, la lourdeur des situations liées au double diagnostic, aux poly-consommations et aux « anciennes toxicomanies », les ruptures relationnelles¹⁹², les sentiments d'échec, de mésestime de soi et d'abandons, l'isolement, la désinsertion sociale.

¹⁹¹ Cfr. Le concept de résilience, développé par B. CYRULNIK.

¹⁹² Dont certaines sont parfois nécessaires pour « ne pas y retomber », comme par exemple celles relatives au réseau d'anciennes connaissances qui sont elles-mêmes usagères, alors que d'autres ruptures de liens relatives au milieu professionnel et familial sont plus problématiques.

Du côté du dispositif de soins et de la prise en charge par les « soignants », il s'agirait donc de développer la réflexion entre professionnels sur l'organisation du dispositif thérapeutique à partir de ce facteur clé qu'est l'alliance thérapeutique¹⁹³, sur la gestion des alliances d'une part, et sur l'organisation intersectorielle des réseaux. Il s'agirait de renforcer la capacité des réseaux à assurer une prise en charge à géométrie variable mais à plus long terme. En observant donc plus finement dans un premier temps, la façon dont les réseaux de professionnels se structurent autour des usagers et prennent en charge les diverses dimensions de l'alcoolisme pour un usager donné. En effet, à ce niveau, les divers enjeux se déclinent sur plusieurs axes d'intervention.

Plus spécifiquement, du côté de la fonction de « l'alcoologue », une série de questions sur les pratiques pourraient se débattre : à quoi se reconnaît un soignant alcoologue ? Celui qui fait lien entre les soignants, avec le patient, avec les proches ? Celui qui s'efface au bon moment ? Dans le soin, quelles places et fonctions donner aux groupes de parole et aux différentes « activités de liaison de la pensée » avant et après les temps institutionnels¹⁹⁴ ?

Par contre, au niveau social, ce sont les impacts de l'alcoolisme en interaction avec les multiples précarités des situations qui jouent tant comme causes que comme conséquences de renforcement de la vulnérabilité individuelle qui doivent être pris en compte. A cet égard, c'est à nouveau l'organisation des dispositifs de prise en charge allant du médecin traitant au psychiatre et du psychologue (professionnels) aux groupes d'entraide et groupes de parole, donc la question des réseaux, qui est (déjà en soi) un axe à renforcer.

Enfin, du côté de « l'offre » sanitaire et thérapeutique, c'est l'ensemble des manques renvoyant aux priorités de l'action publique - puisque ces priorités déterminent des scénarios d'investissement publics - qui sont pointés : les insuffisances au niveau de la prévention, des services d'information et d'orientation des usagers (dont l'interface des hôpitaux) et même des professionnels, l'insuffisance des structures de sevrage et de post-cure (capacité d'accueil réduite, liste d'attente importante), le manque de relais avant/après le sevrage/post-cure, le manque d'organisation et/ou de possibilités réelles de relais avec les services sociaux qui s'occupent d'intégration sociale¹⁹⁵.

Il en résulte que, face à cette problématique qui est susceptible de « durer toute une vie » (maladie chronique), un élément important est l'organisation d'un cadre pour réguler la problématique en réfléchissant à un niveau plus macro au contexte sociétal, à la logique publique et à la prise en charge par l'Etat de ses fonctions collectives (prévention et curatif) d'une part.

¹⁹³ En effet, l'alliance thérapeutique serait le facteur décisif puisque différentes approches peuvent donner plus ou moins les mêmes résultats, le seul élément commun étant la relation d'empathie et de confiance qui s'est établie avec un professionnel. Il s'agirait d'intégrer ce facteur clé dans ces études et d'étudier plus finement ce qu'implique cette « alliance thérapeutique ». Cfr. SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE, op. cit. Voir plus particulièrement l'étude menée au Canada, B. RUSH., B. FOGG., L. NADEAU, A. FURLONG., op. cit.

¹⁹⁴ Par exemple, il y a des questions récurrentes concernant la place de l'entourage d'une part, et des groupes auto-organisés d'autre part : à quelles conditions peut-on considérer que quelqu'un de l'entourage ou un (ancien) alcoolique accomplit une fonction soignante ? Sur quels temps du soin s'exerce-t-elle ? Cfr. journée d'études de la SFA.

¹⁹⁵ CPAS, logement/hébergement, (ré)insertion socioprofessionnelle.

Et au niveau plus micro, à la question du cadre, aux processus et outils pédagogiques qui favorisent ou soutiennent les processus d'autonomisation¹⁹⁶, à la logique du plaisir, à la logique qui préside à l'agressivité/violence, aux questions de co-dépendance, de l'abstinence, du sevrage, des rechutes, etc. tout en développant avec les usagers tout ce travail sur les significations et les fonctions du symptôme, la façon dont le symptôme fait sens pour le sujet. A cet égard, si les approches analytique et systémique sont largement partagées par les professionnels, l'alcoolisme étant un TOC (comportement compulsif), des approches reposant sur la philosophie de Carl Rogers qui déploient l'empathique et le motivationnel, sont également pertinentes à développer dans les prises en charge des usagers.

La co-construction d'un cadre thérapeutique aurait également l'avantage de se réfléchir à partir de la gestion des alliances¹⁹⁷ selon les étapes ou itinéraires dans les parcours de soins ; l'alcoolologie étant avant tout une clinique « intimement sociale »¹⁹⁸.

Dès lors, outre cette logique plus individuelle dont nous venons de parler, dans une logique collective et communautaire, il nous semble prioritaire de soutenir l'existence et le déploiement de réseaux et des relais au sein de ces configurations via les concertations entre professionnels, de favoriser les collaborations, et l'échange de pratiques, etc. ; l'organisation des réseaux nous apparaissant comme une ressource-clé tant pour les usagers et les soignants que pour l'entourage. D'ailleurs, à côté des problèmes de financement des divers dispositifs de prévention et de soins d'une part, et des difficultés chez les sujets par rapport à leur consommations problématiques d'autre part, ce sont des obstacles, des freins et des manques qui sont systématiquement mis en évidence quant à la prise en charge de cette problématique.

L'ensemble de ces éléments nous conduit enfin à souligner les besoins et/ou le manque de supports en formation et supervision des professionnels qui, de près ou de loin, sont concernés par l'aide et l'accompagnement de ces publics, dans l'objectif de renforcer leurs compétences (savoirs et savoir-faire) lorsque leur métier les met en contact fréquent avec un public d'usagers où les problèmes de consommation problématique et abusive d'alcool sont fréquents¹⁹⁹. Les besoins de formation, de supervision mais aussi d'échanges et de collaboration (réseaux) sont hélas trop souvent conditionnés par le manque de temps et de moyens.

¹⁹⁶ D'autant que s'insérant dans la recherche d'indépendance, la consommation excessive de substances psychoactives pose de façon paradoxale la question de l'autonomie, étant donné la relation d'addiction au produit.

¹⁹⁷ Entre soignants et usagers, entre soignants, entre usagers, entre soignants-usagers-proches.

¹⁹⁸ Intervention de G. OSTERMANN (Bordeaux), seconde journée clinique de la SFA, op. cit.

¹⁹⁹ Ces besoins ont été soulignés par divers intervenants plus généralistes (comme les professionnels du réseau de soins à domicile de la Croix Jaune et Blanche), mais aussi spécialisés dans le champ de la toxicomanie (comme les professionnels de l'Ambulatoire du Solbosch).

IV. DES CONTEXTES DE CONSOMMATION PROPICES POUR L'ACTION : PISTES D'INTERVENTION

Si les listes présentant les divers facteurs présentés précédemment ne sont pas exhaustives, leur intérêt est de montrer qu'on peut agir à différents niveaux, c'est-à-dire sur différents types de facteurs (individuel, familial, contextuel), en visant à réduire le poids de certains facteurs de risque et en développant le poids d'autres facteurs, ceux de protection, c'est-à-dire les compétences de la population visée par la prévention et la réduction des risques. Comme nous avons pu le voir, c'est d'ailleurs bien sur ces aspects que s'appuient aujourd'hui de nombreux programmes de prévention.

De plus, les données en présence montrent que la problématique de l'alcool ne concerne pas que les jeunes mais plutôt toutes les catégories de population et que les actions de prévention et de réduction des risques adaptés aux contextes de consommation permettraient d'une part d'agir au moment opportun (à savoir au moment où les personnes sont effectivement confrontées à certains facteurs de risques ce qui pourrait donner plus de pertinence au discours véhiculé dans le chef des récepteurs), et d'autre part d'atteindre une plus grande partie de la population, dont les jeunes, ceux-ci étant en contact de manière directe ou indirecte avec ces différents contextes. En effet, l'environnement de chaque individu est généralement constitué de divers contextes dont certains facteurs (promotion, marketing, facteurs d'ambiance...) peuvent prédisposer un individu à consommer de manière inadéquate une substance psychotrope dont l'alcool, alors que d'autres facteurs peuvent prévenir une consommation inappropriée de ces produits (facteurs de protection).

Par conséquent, compte tenu des déterminants de la consommation d'alcool, en particulier de l'influence que l'environnement peut avoir sur celle-ci et de l'importance à accorder à l'individu (notamment concernant les facteurs de vulnérabilité individuels tels que la solitude, l'échec...) au niveau des dispositifs de prévention et de réduction des risques, il paraît intéressant d'envisager des actions orientées tant vers des situations à risques, visant un changement au niveau du contexte et ne stigmatisant pas les comportements individuels que vers des milieux de vie ou des situations particulières (conduite de véhicule par exemple).

4.1. Le contexte familial

4.1.1. Contexte familial et représentations sociales de l'alcool

L'environnement familial joue souvent un rôle d'initiateur et de contrôle sur le développement de la consommation d'alcool au sortir de l'enfance et à l'adolescence. La consommation d'alcool ainsi que les dysfonctionnements relationnels et affectifs en son sein ne sont pas sans effets sur ce développement²⁰⁰. En effet, la prévalence de consommation chez les jeunes est plus élevée au sein des familles dont les membres consomment de l'alcool. Ce phénomène peut s'expliquer d'une part, par le fait que les parents consommateurs soient plus permissifs que les abstinentes et d'autre part, qu'au sein de son milieu familial, le jeune observe et reproduit les comportements parentaux dont les comportements de consommation ainsi que certains éventuels comportements à risque qui peuvent se transmettre de génération à génération.

²⁰⁰ BELLIS M.-A., HUGHES K., MORLEO M., TOCQUE K., HUGHES S., ALLEN T., HARRIS D., RODRIGUES E., *Predictors of risky alcohol consumption in schoolchildren and their implications for preventing alcohol-related harm*, Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, Australia, 2007.

De plus, la consommation d'alcool au sein de la famille semble avoir un impact au niveau des attentes et des représentations sociales des jeunes par rapport à celle-ci. Par exemple, la perception du risque d'accoutumance est moins présente chez les jeunes dont la famille consomme de l'alcool et ceux-ci associent moins facilement alcool et risque d'accident. De plus, l'association entre alcool et fête est plus répandue chez les jeunes consommateurs et ceux dont l'entourage familial boit.

Néanmoins, ce n'est pas la consommation familiale qui favorise la consommation des enfants, c'est plutôt, comme le mettent en évidence un grand nombre de praticiens, la qualité des liens familiaux existants (exemple des relations conflictuelles parents-enfants²⁰¹). Dans ce sens, la consommation inadéquate d'alcool est davantage à considérer comme un symptôme, et c'est par conséquent sur les causes et motivations de cette consommation qu'il faut agir.

En conséquence, il apparaît important d'intervenir auprès des parents en développant des stratégies adaptées afin qu'ils se soucient des consommations d'alcool de leurs enfants à une période de leur évolution où ceux-ci ont besoin de repères et de structure pour apprendre à gérer ce produit de façon harmonieuse et responsable.

4.1.2. Les consommations problématiques au sein de l'environnement familial

Lorsqu'un membre de la famille a un problème lié à l'alcool, ce problème peut facilement devenir un sujet tabou au sein de celle-ci. Compte tenu de la complexité de cette problématique et compte tenu que chacun peut avoir besoin d'explications et de soutien adaptés, certains outils et structures d'accompagnement pourraient être mis à disposition :

- Les enfants se posent parfois beaucoup de questions et éprouvent de nombreuses craintes lorsqu'un membre de leur famille boit trop d'alcool, surtout lorsqu'il s'agit d'un de leurs parents. Si ceux-ci n'obtiennent pas de réponses à leurs questions, ils ont tendance à tirer leurs propres conclusions, qui peuvent être erronées voire terrifiantes. Il est donc important que les enfants trouvent des personnes avec lesquelles ils peuvent parler de leurs préoccupations et exprimer leurs émotions, par exemple, des adultes à qui ils font confiance. Une brochure tout public permettant de se préparer à discuter des problèmes d'alcool avec les enfants pourrait faciliter l'abord de ce sujet par les adultes et améliorer les compétences dans ce domaine tout en insistant sur le fait que dans le cadre de certains problèmes, le recours aux services d'un professionnel reste indispensable.

²⁰¹ LEDOUX S., SIZARET A., HASSLER C., CHOQUET M., « Consommation de substances psychoactives à l'adolescence », *Alcoologie et Addictologie*, Lille, 2000.

- L'entourage des buveurs excessifs pouvant également se sentir démuni, une brochure en direction de ceux-ci, comportant des informations relatives à la prévention et au traitement (au sens large) des problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues (numéro d'urgence, structures compétentes, réactions à éviter...), pourrait d'une part leur permettre de mieux comprendre la situation et ainsi de la dédramatiser afin qu'ils se sentent moins coupables, et d'autre part, leur donner des pistes et des moyens d'action afin de se sentir moins impuissants.
- La mise en place d'un site Internet en direction de l'entourage des buveurs excessifs afin que ceux-ci puissent s'informer sur la problématique (co-dépendance, co-alcoolisme, ...) et échanger avec d'autres personnes (professionnels, personnes dans une situation similaire ou ayant vécu une situation similaire) serait très utile. L'organisation de groupes de paroles peut aussi avoir une grande utilité, ceux-ci permettant aux participants de trouver écoute et soutien par rapport au problème d'alcoolisme vécu par un de leur proche. Ainsi, la sympathie et l'accueil offerts par ces mouvements peuvent être utiles dans la mesure où la personne (conjoint, enfants, famille) est laissée libre de prendre les décisions qui s'imposent dans sa situation familiale.

4.2. Le contexte des pairs

4.2.1. Le groupe des pairs

Bien que le rôle de l'environnement familial (notamment celui des membres plus âgés en terme d'initiation et de régulation) ne soit pas à négliger, l'influence de l'entourage sur la consommation régulière du jeune est plus importante. Il s'agit d'une proximité générationnelle et celle-ci contribue à entretenir des liens de complicité mais aussi de partage de valeurs et de normes propres à leur catégorie d'âge²⁰². De plus en plus, c'est avec leurs pairs que les jeunes apprennent à consommer de l'alcool et à se comporter après avoir bu. De ce fait, ils vont être très sensibles aux sollicitations émanant du groupe des pairs qui peut avoir une influence déterminante sur leur consommation de boissons alcoolisées. Ceci est d'autant plus vrai lorsque l'on prend en considération l'évolution sociologique des modes de consommation dans cette tranche d'âge qui s'inscrit de plus en plus dans un esprit de transgression et se déroulerait davantage au sein du groupe des pairs avec une atmosphère de « compétition ».

Cette influence du groupe des pairs sur l'individu peut aussi s'expliquer par le fait que, d'une part, une personne adapte son comportement à celui de son entourage afin d'être en conformité/en harmonie avec les normes de celui-ci (sous peine d'en être exclu), et, d'autre part, qu'elle va composer son réseau social avec des individus dont les styles de vie et les comportements sont compatibles avec les siens, la consommation d'alcool pouvant faire partie intégrante des critères de sélection.

²⁰² FAVRESSE D., DE SMET P., op. cit.

Ce lien met en évidence le risque pour le jeune de développer une consommation régulière d'alcool si ses pairs en consomment eux-mêmes^{203 204}, ceci étant d'autant plus vrai si la substance est perçue comme particulièrement désirable.

En plus de l'influence de l'environnement, l'adolescence semble être une période pendant laquelle les représentations évoluent rapidement en fonction de l'âge telles que les associations entre alcool et détente (9 % à 10 ans contre 31 % à 17 ans²⁰⁵) ou alcool et ivresse (15 % à 10 ans contre 31 % à 17 ans²⁰⁶), la perception du danger lié à la consommation de boissons alcoolisées (47 % dans les deux premières années de l'enseignement secondaire associent alcool et danger contre 25 % dans les deux dernières années de l'enseignement secondaire²⁰⁷) et du risque d'accoutumance (33 % à 10 ans contre 9 % à 16-17 ans²⁰⁸).

Les perceptions relatives aux risques liés à la consommation de boissons alcoolisées varient aussi en fonction de nombreux autres facteurs tels que la consommation du jeune elle-même (23 % des jeunes buvant moins de 5 verres par semaine pensent que la consommation d'alcool quand on est jeune n'est pas très risquée contre 35 % de ceux qui consomment 10 à 21 verres par semaine²⁰⁹).

Comme on peut le voir, l'influence du groupe des pairs est déterminante à l'adolescence ce qui rend difficile l'approche de la question alcool tant les adolescents peuvent être rétifs aux discours des adultes à propos de leurs conduites et comportements. Deux pistes majeures nous semblent néanmoins praticables : l'action sur les contextes fréquentés par les jeunes afin que les consommations soient davantage encadrées et régulées (accessibilité de l'alcool, actions sur la promotion de la consommation et la publicité, mesures de réduction des risques, etc.) et l'intervention de proximité c'est-à-dire offrir la possibilité d'échange sur cette question avec des adultes proches, appartenant de préférence à leur entourage et avec lesquels ils pourront mûrir une attitude équilibrée par rapport à la consommation d'alcool.

4.2.2. Le contexte étudiant

Le milieu étudiant et par extension tous les contextes intervenant dans l'éducation des jeunes sont à considérer comme des milieux propices en matière d'apprentissage, et l'apprentissage de la gestion des comportements à risque ne doit pas être considéré comme une exception. Certains rituels d'intégration inhérents au milieu étudiant, mais aussi d'autres circonstances telles que les sorties et voyages scolaires, peuvent pousser les jeunes à ingurgiter d'importantes quantités d'alcool en très peu de temps.

²⁰³ BELLIS M.-A., HUGHES K., MORLEO M., TOCQUE K., HUGHES S., ALLEN T., HARRIS D., RODRIGUES E., op. cit.

²⁰⁴ EUROPEAN MINISTERIAL CONFERENCE ON YOUNG PEOPLE AND ALCOHOL W.H.O., *Declaration on Young People and Alcohol*, Stockholm, February 2001.

²⁰⁵ CRIOC (2005), op. cit.

²⁰⁶ Ibid.

²⁰⁷ Ibid.

²⁰⁸ Ibid.

²⁰⁹ Ibid.

Afin de limiter ces consommations excessives d'alcool, il est important que la prévention du «risque alcool» intervienne très tôt afin de donner aux jeunes les moyens de faire face à la pression sociale, et de toucher les groupes tels que les cercles étudiants pouvant avoir une influence sur cette consommation.

Plusieurs actions sont déjà mises en place au sein du monde étudiant²¹⁰. Néanmoins, celles-ci pourraient être complétées par des actions de réduction des risques plus régulières telles que la mise en place de systèmes permettant de raccompagner les buveurs (dispositifs du type *Responsible Young Drivers* en milieu étudiant), l'accès à certains services, à savoir, eau potable gratuite, préservatifs gratuits ou à prix modique, stands d'information... (il s'agirait d'adapter la Charte de bien-être en milieu festif²¹¹ aux besoins et moyens du milieu étudiant), ou encore des activités ludique afin de revaloriser le rapport au corps dans un cadre avec peu ou pas d'alcool permettant de conserver la notion de « plaisir » sans tomber dans un excès préjudiciable pour la santé et facteur de prise de risque.

Afin de maximiser les chances de réussites des interventions en milieu étudiant, il faut que celles-ci partent du principe que les étudiants sont un public responsable et insistent sur l'idée que des soirées ludiques avec consommation modérée d'alcool sont possibles.

Les messages peuvent être basés sur la baisse des performances sexuelles consécutive à une consommation excessive, l'alcool comme favorisant la prise de poids, l'impact d'une consommation abusive d'alcool sur la capacité de séduction, les risques liés à la consommation tels que les viols ou les rapports non protégés, etc.

L'organisation d'activités de prévention transversale permettant d'aborder l'alcool à partir ou en complémentarité avec d'autres axes, tels que le sexe, les MST, la polyconsommation, les études poursuivies... peut permettre d'attirer l'attention du public de manière indirecte en rappelant les risques de manière pertinente et en s'adaptant au public.

Néanmoins, afin que l'alcool ne devienne pas un argument qui défavoriserait certaines soirées, il est important de se concerter entre associations afin qu'il y ait une harmonisation des règles au niveau des organisateurs (une charte établie en collaboration entre les cercles, les établissements scolaires et des professionnels de la prévention pourrait par exemple fixer des règles de base applicables à l'organisation de toute soirée étudiante).

²¹⁰ Nous pouvons renvoyer entre autres aux actions menées par l'asbl Univers Santé (Louvain La Neuve) en partenariat notamment avec l'Université Catholique de Louvain.

²¹¹ « Quality Night », cf. MODUS VIVENDI.

4.3. Le contexte des loisirs

4.3.1. Le milieu sportif.

Dans notre société, le sport a toujours entretenu avec l'alcool une étrange histoire d'attraction et de rejet. En effet, qu'ils s'agissent de sport de compétition ou de sport de loisir, on ne peut s'empêcher d'observer des attitudes souvent favorables à l'alcool alors que ses effets sur les muscles, la régulation de la température du corps, la coordination des mouvements... sont largement négatifs²¹².

Bien qu'il existe de nombreux liens entre sport et alcool, ce point abordera uniquement le cas du sponsoring. En effet, dans l'univers du sport, les sponsors alcooliers sont nombreux à vouloir se partager l'énorme gâteau publicitaire : les sports collectifs (tels que le football par exemple) fournissent les exemples les plus flagrants même si les sports individuels, et notamment les sports de glisse, ne soient pas pour autant négligés par les alcooliers. Les publicités vantant les mérites de l'alcool pendant les émissions télévisées, le parrainage d'équipes et d'événements sportifs, toutes ces activités donnent à cette industrie une grande visibilité, avant, pendant et après la tenue de l'événement et créent une association positive entre l'alcool et les qualités des athlètes et des équipes : la force, la loyauté, l'endurance, le succès, la santé, la vitalité, le plaisir, la bonne forme physique et la vitesse.

Parallèlement à ce sponsoring massif rendant l'alcool omniprésent voire indissociable du milieu sportif, les jeunes, que ce soient en tant que joueurs ou spectateurs, accordent un vif intérêt au monde du sport. On comprend alors le problème éthique qui se pose lorsque des compagnies dont les produits sont théoriquement réservés aux adultes, comme l'alcool, utilisent le sport pour atteindre le public et attirer l'attention des nouvelles générations de consommateurs... qu'elles aimeraient bien compter parmi leurs futurs clients.

Par conséquent, bien qu'il soit difficile de mesurer l'impact réel du marketing des alcooliers (en milieu sportif mais aussi au sein de tout autre contexte de loisir), celui-ci n'est pas sans effets sur les représentations sociales associées au produit, et il pourrait s'avérer utile et pertinent de réfléchir sur la place de l'alcool au sein du milieu sportif et les conséquences probables inhérentes à celle-ci afin d'établir une réglementation claire et cohérente relative à ce contexte particulier.

La suppression de toute forme de publicité et de promotion de l'alcool pourrait contribuer à réduire son poids dans le couple infernal « alcool-sport ». Par ailleurs, l'action sur le contexte et notamment l'encadrement de la pratique sportive et des grandes manifestations en ce domaine est déterminante.

²¹² Voir le site suivant : <http://www.irbms.com/rubriques/Dopage/alcool-sport-dopage.php>

4.3.1. Le milieu festif

La consommation de substances psychoactives peut s'intégrer dans un cadre rituel d'appartenance et de partage de valeurs communes et permettre que l'état de conscience s'accorde à l'événement afin de renforcer le lien social au sein de la fête, favoriser la convivialité, faire tomber les inhibitions, permettre de partager, de se lier d'amitié... On se trouve donc face à une situation où la non-consommation peut parfois être considérée comme une non-participation à l'ambiance festive, ou pour le moins générer une marginalisation dans ce contexte particulier. Ce premier constat montre qu'il pourrait être utile de penser des actions valorisant la non-consommation plutôt que de mettre en œuvre des campagnes diabolisant la consommation.

De plus, certaines dérives problématiques, voire dangereuses de la fête peuvent s'expliquer par une banalisation de celle-ci. Par exemple, pour certains, la fête peut se résumer à la seule consommation de substances psychoactives, l'injonction festive devenant ainsi un alibi pour justifier une consommation abusive. Par conséquent, il pourrait être nécessaire de réfléchir et favoriser la réflexion sur le sens de la fête et son contexte afin d'agir de manière préventive par rapport aux effets pervers de sa banalisation et d'intégrer ceux-ci en terme de réduction des risques.

La polyconsommation (consommer, avec une certaine fréquence, plusieurs substances psychoactives) et les contextes de loisirs, notamment le milieu festif, représentent un des milieux les plus propices à l'adoption de ce genre de pratiques. Et, lorsque plusieurs produits sont consommés lors d'une même occasion (usage concomitant), ces modes d'association peuvent engendrer de sérieuses conséquences sanitaires et soulèvent, dès lors, de nouveaux enjeux en matière de prévention et réduction des risques.

Enfin, rappelons que les débits de boisson (Horeca) demeurent un contexte à ne pas négliger en matière de stratégies préventives.

4.4. Le contexte médiatique et publicitaire

La thématique jeunes et alcool ne peut pas s'envisager sans inclure l'univers médiatique qui a un rôle non négligeable dans le rapport que l'on attribue aux jeunes avec l'alcool et au sein duquel ils occupent une place prépondérante en faisant l'objet, de plus en plus régulièrement, de nombreuses controverses ; d'une part, on les utilise dans la publicité pour montrer leur dynamisme, et de l'autre, de nombreux médias donnent d'eux une image d'irresponsables ou de victimes passives.

De nombreux articles-chocs aux titres accrocheurs tels que «L'alcool : le péril jeune», « Biture express : le cerveau en danger », « A 10 ans, le premier verre... » inondent la presse actuelle et la consommation d'alcool des jeunes y est souvent dramatisée au travers de récits relatant uniquement des accidents et faits divers, des chiffres dits «inquiétants», et considérée comme problématique. Par conséquent, malgré le fait que le débat sur l'alcool et les jeunes détienne une légitimité incontestable, son traitement médiatique est loin d'être toujours adéquat.

En effet, la stigmatisation implicite dont sont victimes les jeunes et qui s'opère le plus souvent au travers de stéréotypes peut provoquer certains effets non négligeables sur les jeunes, notamment sur la manière dont ils sont perçus par la société : les jeunes boivent beaucoup (plus qu'auparavant) et beaucoup plus tôt (alors que la réalité est tout autre), ou encore, que le « binge drinking » est un phénomène nouveau assimilé à une jeunesse en perdition alors que cette pratique s'avère relativement ancienne.

Dans cette perspective, les messages les plus souvent véhiculés portent principalement sur la féminisation et le rajeunissement de la consommation, sur des adolescents inconscients et en quête de sensations fortes ou encore sur les pratiques de plus en plus massives d'alcoolisation. Les médias ont véritablement tendance à diaboliser l'alcool et les comportements des jeunes qui y sont associés et à en surestimer les conséquences, transformant ainsi une « sincère » préoccupation envers les jeunes en une stigmatisation de leurs comportements. Par exemple, les discours récurrents des médias affirment que les jeunes sont les premières victimes de l'alcool et que leur « nouveaux » modes de consommation provoquent d'énormes dégâts. Les chiffres montrent pourtant que les consommations dites problématiques et les problèmes directement liés à l'alcool n'apparaissent que peu chez les consommateurs âgés de 12 à 35 ans, et que les principales victimes des dommages liés à l'alcool restent les buveurs réguliers excessifs appartenant à des catégories d'âge plus avancées²¹³.

De nombreuses causes peuvent expliquer ce phénomène médiatique telles la recherche du scoop, la volonté de sensationnalisme et de spectacularisation, ou encore le souci de brièveté ayant pour conséquence une presse nombriliste et superficielle et la présentation à l'opinion publique d'un monde sans nuances où les clichés sont légions : « par volonté minimale de fonctionnement, l'espace social télévisé ne compose pas uniquement un espace de discussion de la société sur elle-même. Il introduit un lieu de mise sur pied, de contrôle, et d'argumentation des types de réponse que cette société produit pour répondre aux questions qu'elle se pose (...) »²¹⁴.

De plus, malgré la présence des jeunes au centre des débats médiatiques, on peut observer que leur parole est inexistante au sein de ceux-ci et que les jeunes se retrouvent relégués en arrière-plan. Ceci peut s'apparenter, au sein des médias, à une « confiscation du débat social par les professionnels »²¹⁵. Par conséquent, il semble plus que pertinent de s'interroger sur les raisons qui sous-tendent un tel traitement médiatique et ses effets éventuels sur les jeunes ainsi que sur la place à accorder à la parole de ceux-ci, notamment concernant leur lien à l'alcool, thème devenu récurrent au sein des médias.

Alors que les médias n'hésitent pas, comme nous venons de le voir, à émettre nombre de jugements dénigrants concernant la prise d'alcool par les jeunes, dans le même temps, ces médias assurent une visibilité importante à l'alcool que ce soit par le biais de la publicité classique ou d'autres. Et pour cause, la culture médiatique actuelle fait sans cesse la promotion de l'alcool et valorise sa consommation de telle façon que les jeunes finissent par croire que celle-ci est nécessaire, attendue et acceptée par la société.

²¹³ Voir le site suivant : <http://www.inpes.sante.fr>

²¹⁴ CONSEIL NATIONAL DE LA JEUNESSE, *L'image des jeunes dans les médias*, commissions jeunes et médias, France, 2003.

²¹⁵ Ibid.

La consommation d'alcool y est considérée comme activité normale, indispensable pour passer du bon temps et comme un moyen pour revendiquer son indépendance. L'univers publicitaire inonde le public d'images renforçant l'association positive entre l'alcool et certains traits qui font fortement écho chez les jeunes tels que le plaisir, la rébellion, la sexualité, la séduction, la maturité, la réussite... présentant ainsi la consommation d'alcool comme élément essentiel à une attitude cool et sexy, une attitude qui fascine²¹⁶. Il est indéniable, même si on ne connaît pas l'impact réel de la forte visibilité de l'alcool dans les médias, que tout cela engendre des effets de normalisation (« tout le monde le fait donc fais-le ! »), et qu'une image positive transmise par la fiction ou le message publicitaire favorise la consommation d'alcool chez les jeunes²¹⁷. Toutefois, il faut préciser que certaines influences extérieures peuvent également pousser les jeunes à accepter ou au contraire refuser le message médiatique, telles que les conseils et les messages leurs indiquant les bonnes conduites à adopter provenant de leurs parents, professeurs et entourage qui peuvent parfois être aussi contradictoires avec les bons exemples à suivre, et qui constituent un aspect important à prendre en considération.

Les messages publicitaires, de par leur omniprésence au sein de l'environnement des jeunes²¹⁸, sont à considérer comme un support de socialisation²¹⁹ assurant un rôle et une fonction importante dans le processus de construction réflexif et analytique auxquels il faut accorder une attention particulière au niveau des contenus. Par conséquent, une éducation à la publicité et plus largement aux médias permettrait aux jeunes une maîtrise plus importante du contenu de ceux-ci. Cette éducation devrait leur fournir un regard critique concernant cet outil et leur donner les moyens de les décoder ainsi que les capacités de les analyser.

4.5. Le contexte carcéral

Peu documentée, la consommation de substances psychoactives parmi lesquelles l'alcool, durant l'incarcération, demeure un phénomène largement méconnu, notamment en raison des difficultés reliées à la réalisation de ce type de recherche. Si nous ne disposons pas de données propres à la problématique de l'alcool en prison (accompagnement du sevrage, consommation, etc.), quelques études se sont intéressées aux assuétudes en milieu carcéral.

Pour expliquer la présence de substances psychoactives dans les prisons, il est essentiel de s'attarder sur plusieurs dimensions telles que la trajectoire de consommation précarcérale, mais aussi le nombre élevé de détenus incarcérés pour des infractions en matière de drogues, les récentes transformations qui caractérisent le milieu et la place qu'occupe le caractère « arbitraire » dans la gestion au quotidien, dimensions indispensables pour bien situer le contexte dans lequel s'inscrit l'usage de substances psychoactives ainsi que les motifs de consommation des détenus.

²¹⁶ INFOR-DROGUES, *Interdire la publicité pour l'alcool. Pourquoi ?*, Bruxelles, 2008.

²¹⁷ RUTGER C. M. E. ENGELS, ROEL HERMANS, RICK B. VAN BAAREN, TOM HOLLENSTEIN AND SANDER M. BOT, "Alcohol Portrayal on Television Affects Actual Drinking Behaviour", *Alcohol and Alcoholism Advance Access*, Oxford, march, 2009.

²¹⁸ INFOR-DROGUES, *Interdire la publicité pour l'alcool. Pourquoi ?*, op. cit.

²¹⁹ PECOLO A., « Les jeunes face à l'image : comportements et influence », Rencontre *Jeunes et Médias*, Bordeaux, 2003.

En effet, bien que la prison ait fait l'objet d'un « processus d'humanisation »²²⁰, l'enfermement reste une expérience existentielle difficile, difficulté renforcée par les conditions d'incarcération auxquelles sont soumis les détenus (état de délabrement général et de vétusté, surpeuplement, absence d'équipement sanitaire convenable, conditions d'hygiène, manquements graves en matière de santé, pauvreté en terme d'activités), conditions pouvant être assimilées à un traitement inhumain et dégradant. Le contexte judiciaire tel que décrit ci-dessus peut donc être considéré comme un environnement propice à la consommation de substances psychotropes dans le but de rendre supportable la vie carcérale quotidienne et réduire la douleur psychique des détenus.

Ces conditions²²¹ sont souvent justifiées par les limites budgétaires, justifications pouvant être remise en question compte tenu des investissements effectués en terme d'achat d'équipements de vidéo-surveillance ou de création de quartiers de haute sécurité qui ne semblent pas poser de problème. Par conséquent, il paraît pertinent de se demander d'une part, si les lacunes observées au niveau des conditions de détention sont dues à un manque de ressources réel ou s'il s'agit plutôt d'un problème de volonté au niveau politique, et d'autre part, si les améliorations constatées concernant les conditions d'incarcération représentent réellement des réformes positives ou si ce ne sont en réalité que des changements de surface qui contribuent à légitimer et à reproduire le système.

Concernant l'intervention des organismes extérieurs, celle-ci semble relativement limitée tant dans le fait qu'une minorité d'actions et de projets soient destinés à ce contexte spécifique qu'en terme de types d'activités déployées²²². De plus, l'éloignement géographique et/ou l'importance du réseau associatif de la région peut être déterminant quant à l'offre qui est faite aux détenus ou à l'administration pénitentiaire locale et ainsi engendrer une grande disparité entre les prisons.

Néanmoins, la sollicitation du secteur associatif spécialisé témoigne du fait que les prisons sont demandeuses d'un développement de ce type d'intervention. De plus, l'implication du secteur associatif a pour avantage que celui-ci est indépendant de l'administration pénitentiaire, ce qui pourrait améliorer la qualité de la relation avec les détenus, et pourrait constituer un maillon important dans la reprise ou la poursuite des soins après la libération. A contrario, l'indépendance du secteur associatif explique peut-être les réserves du ministère de la Justice à l'égard de celui-ci concernant le financement d'actions au sein des prisons. Cela étant, diverses interventions existent au sein du milieu carcéral malgré de nombreuses difficultés et nécessiteraient d'être développées.

De plus, l'examen de la consommation de substances psychoactives dans les établissements pénitentiaires devrait être approfondi afin de pouvoir mieux comprendre encore le phénomène dans ce contexte spécifique.

²²⁰ Engagement de psychologues et d'assistants sociaux supplémentaires ainsi qu'avancées dans la restructuration projetée des services médicaux pouvant laisser supposer une amélioration des prestations offertes aux détenus.

²²¹ Notamment les lacunes en matière de prise en charge médico-psycho-sociale, d'enseignement ou de loisirs.

²²² CASERO L., BASTIN P., DAL M., POZZA M., RWUBUSISI M., VANHUYCK, C., *Elaboration d'un cadastre des actions de prévention des assuetudes et de réductions des risques liés à l'usage de drogues subsidiées par les pouvoirs publics en Communauté française*, Eurotox asbl, Bruxelles, octobre 2008.

4.6. Le contexte professionnel

L'alcoolisme en milieu professionnel est une réalité et nier l'existence de ce phénomène équivaut à prendre le risque de laisser la situation se dégrader jusqu'à ce qu'il soit trop tard pour intervenir. En revanche, le fait de reconnaître la possibilité du problème alcool permet de pouvoir mettre en place de véritables programmes de prévention.

D'une manière générale, tout ce qui est excessif ou qui peut perturber le fonctionnement habituel représente un terrain favorable à la consommation d'alcool, et le milieu professionnel peut offrir des conditions plus ou moins propices à la consommation de boissons alcoolisées selon les groupes socioprofessionnels : facteurs d'ambiance (air sec, chaleur, bruit, poussière...) ; horaires de travail : travail de nuit pouvant mettre l'organisme à rude épreuve et provoquer un décalage entre vie professionnelle et vie sociale ; travail isolé et absence de contrôle : travail seul dans un bureau, à un poste de garde, voyage d'affaires... ; efforts physiques ; pression extérieure et alcool mondain : repas d'affaires, négociation de contrats dans des débits de boissons... ; travail automatisé : monotonie et répétition des tâches, absence de prévisions ou d'échéances... ; crainte du licenciement et du chômage ; sur-stress provoqué par de lourdes responsabilités en l'absence de tout pouvoir décisionnel ; sous-stress et sous-responsabilisation : absence de gratification, de reconnaissance, de rôle social, de responsabilité, accès facilité à l'alcool : restaurant de l'entreprise, pauses, verrees, fêtes, profession en relation avec l'alcool ; relations entre collègues : des situations conflictuelles, etc.

Ainsi encore, la plus grande liberté laissée au cadre d'entreprise peut représenter un facteur de risque accru face à la consommation d'alcool, ou encore, le besoin de se conformer aux pratiques des "anciens" ou la crainte du ridicule inciteront les nouveaux arrivants à boire.

Bien que la plupart des personnes ne présentent pas de consommation problématique d'alcool ou de drogues, les conséquences probables de celle-ci sur le lieu de travail peuvent être nombreuses : augmentation des retards, de la fréquence et de la durée des absences, de la prise de risques dans l'exécution des tâches, du risque et de la gravité des accidents..., et diminution de l'efficacité, de la qualité et du nombre des prestations, de la motivation, de la mémorisation, de la capacité d'apprentissage, de la capacité de réaction et des réflexes, de pouvoir de concentration, de l'esprit d'initiative... L'accumulation de ces dérèglements peut avoir des conséquences dangereuses en termes d'accident, de dommages physiques, d'invalidité, de sanction des assurances, de perte de l'emploi..., mais aussi des répercussions sur l'état d'esprit et le travail des collègues (par exemple, la diminution des prestations des uns peut provoquer un surcroît de travail pour les autres), engendrant ainsi une désorganisation du travail subie par tous les acteurs de l'entreprise.

Une Convention Collective de Travail relative à la mise en œuvre d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogues au sein de l'entreprise est entrée en vigueur le 1er avril 2009. Celle-ci oblige les employeurs du secteur privé à élaborer une politique préventive pour le premier avril 2010.

Cette convention porte sur les éléments suivants:

- la prévention (partage de bonnes pratiques, modèles et procédures visant à prévenir l'usage d'alcool et/ou de drogues)
- les règles relatives à la consommation d'alcool et/ou de drogues durant le travail
- les procédures de prise en considération de tout comportement problématique ayant un rapport avec la consommation d'alcool ou de drogues
- les procédures d'application des tests de dépistage
- l'aide et l'assistance aux personnes causant ou rencontrant un problème par rapport à leur consommation.

Elle détermine aussi les conditions minimales auxquelles doit satisfaire une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise sur le plan :

- des mesures à prendre par l'employeur
- de l'information et de la formation des travailleurs
- des obligations de la ligne hiérarchique et des travailleurs
- du rôle des conseillers en prévention
- de l'élaboration de la politique en concertation
- de l'évaluation périodique de la politique

Néanmoins, compte tenu des différences existantes entre chaque entreprise concernant la consommation d'alcool et de drogues, la convention collective de travail laisse suffisamment de marge pour différencier la politique en fonction de la situation de l'entreprise sur le sujet ainsi que des possibilités et moyens d'action dont elle dispose en définissant seulement le cadre au sein duquel celle-ci doit s'intégrer. D'une part, elle doit faire partie d'une politique intégrale en matière de santé, de sécurité et de personnel, et d'autre part, elle doit concerner le fonctionnement au travail et être orientée vers la prévention, le signalement rapide et la résolution des problèmes de fonctionnement dus à l'alcool et aux drogues.

Selon les exigences de la convention, pour l'entreprise, le coût d'un programme de prévention englobe :

- la formation des cadres pendant les heures de travail,
- l'organisation de réunions de l'équipe des responsables de la prévention pendant les heures de travail,
- le coût des honoraires de collaborateurs extérieurs spécialisés en prévention de l'alcoolisme pour la mise sur pied d'un programme de prévention,
- les actions préventives diverses.

L'élaboration d'une politique de prévention efficace dans les délais fixés par la convention peut donc être problématique pour certaines entreprises en difficultés compte tenu des frais que cela peut engendrer même si les bénéfices récoltés par les collaborateurs, bien que difficilement quantifiables, seront sans doute appréciables. Si aucun soutien n'est donné aux entreprises, le risque est donc grand que certaines d'entre elles, par manque de moyens, élaborent des politiques mettant davantage l'accent sur l'interdiction et la sanction plutôt que sur la prévention et la tolérance, politiques qui ne feraient que déplacer le problème vers des conduites pouvant s'avérer être encore plus dangereuses.

Néanmoins, laisser faire étant tout aussi dangereux, il faudrait qu'une évaluation des ressources disponibles soit effectuée afin de repérer les entreprises ayant besoin d'un soutien effectif afin de répondre aux exigences de la convention collective et leur permettre d'avoir les ressources nécessaires pour concevoir un programme de prévention. L'évaluation des effets et des conséquences de cette convention collective, pour autant qu'elle ait lieu, sera donc intéressante à plus d'un titre.

4.7. Le contexte clinique (aide, soins et traitements)

Au niveau du contexte clinique, l'analyse que nous avons effectuée (cf. le chapitre précédent) montre qu'un ensemble de projets pourraient être développés dans l'objectif premier de soutenir les réseaux de professionnels, leur organisation, et l'échange de pratiques. Il s'agirait de rendre visible ce qui se fait entre professionnels, de diffuser les informations et « les bonnes pratiques », de soutenir les groupes de formation et réflexion, de développer la formation du corps psycho-médico-social sur les questions d'alcoologie.

Concernant la problématique de la polyconsommation, il apparaît nécessaire d'approfondir les analyses scientifiques sur le sujet afin que les professionnels disposent de davantage de connaissances pour pouvoir adapter les formations des praticiens de première ligne à ce mode de consommation et mettre en place les soins les mieux adaptés aux polyconsommateurs.

4.8. La grossesse et l'allaitement

À l'heure actuelle, de nombreuses études ont montré qu'il existe un lien entre la consommation d'alcool pendant la grossesse et le risque de donner naissance à un nouveau-né souffrant d'atteintes neurologiques (syndrome alcoolique fœtal mais aussi d'autres atteintes irréversibles n'étant pas spécifiquement liées à ce syndrome).

Néanmoins, même si on ne connaît pas précisément le lien entre la quantité d'alcool absorbée et la manifestation de conséquences chez le nouveau-né, nous savons que lorsque qu'une femme enceinte consomme de l'alcool, la concentration d'alcool chez la mère est la même que celle chez le bébé à naître.

Par conséquent, l'alcool, étant un puissant perturbateur pour le cerveau d'un bébé en plein développement, sa consommation par la mère peut avoir des conséquences néfastes à n'importe quel stade de la grossesse quelque soit la quantité ingurgitée.

Malgré les divers risques que peut comporter la consommation d'alcool en période de grossesse, peu de moyens sont mis en œuvre afin de sensibiliser la population à cette période spécifique.

Au vu de ce constat et de la difficulté de recommander l'abstinence totale plusieurs initiatives peuvent être pensées afin de diffuser les informations indispensables au dépistage et à la prévention telles que :

- la diffusion de brochures d'information dans les maternités
- l'élaboration de modalités de suivi spécifique pour mères alcooliques
- la formation des médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, puéricultrices, travailleurs sociaux, infirmiers afin de donner les moyens d'aborder cette problématique dans le cadre d'une relation sécurisée entre les professionnels et la future mère.

La sensibilisation aux conséquences de la consommation d'alcool pendant les périodes de grossesse et d'allaitement doit être menée, de préférence, par les professionnels du secteur socio-sanitaire, plutôt que faire l'objet d'une prévention tout public, afin de ne pas engendrer de phénomènes de culpabilité et de stigmatisation de certaines catégories de populations (personnes ayant consommées sans savoir qu'elles étaient enceintes, personnes présentant des problèmes avérés de consommation...).²²³.

4.9. La conduite de véhicule

Les mesures préventives pour réduire la conduite sous influence doivent s'inscrire dans une perspective globale de santé publique. En 2006, la Commission Européenne a publié un rapport à ce sujet²²⁴ dans lequel elle rappelle que les politiques sur la régulation du marché de la consommation d'alcool, notamment en termes d'accessibilité, de promotion et de publicité, ont un impact sur la réduction de l'alcool au volant et des décès qui y sont associés.

Pour réduire les problèmes liés à la consommation d'alcool en terme de sécurité routière, il importe de continuer à recourir à des approches individuelles visant à modifier les comportements en renforçant la responsabilité de chaque personne par rapport à sa consommation d'alcool et aux conséquences qui peuvent en résulter (actions visant à éviter les occasions de consommation excessive ou à prévoir un mode d'accompagnement alternatif par exemple).

En parallèle, il faut s'adresser aussi à l'ensemble de la population et des conducteurs (et pas seulement les buveurs à risque) et interpeller la responsabilité sociale des divers organismes et structures concernés par la consommation d'alcool par rapport aux conséquences qui peuvent en résulter (politiques municipales de gestion de l'alcool au cours d'événements publics, réglementations gouvernementales pour réduire l'accessibilité générale à l'alcool mais aussi sur les autoroutes par exemple).

Afin d'améliorer l'efficacité globale du système, les programmes de prévention et de réduction des risques devraient davantage développer l'aspect relatif à l'information et la sensibilisation du public concernant l'alcool au volant.

²²³ Aspects mis en évidence lors de la réunion du groupe porteur "Jeunes, alcool, société" organisée par INFOR-DROGUES, le 14.10.2009, Bruxelles.

²²⁴ ANDERSON P., BAUMBERG B., *Alcohol in Europe. A public health perspective*, Institute of Alcohol Studies, United Kingdom, June 2006.

4.10. Synthèse

Outre les contextes et milieux abordés ici, divers autres contextes peuvent être envisagés afin d'y développer des actions coordonnées abordant la consommation d'alcool ou de tout autre produit psychoactif étant donné qu'il s'agit d'un phénomène concernant la population dans son intégralité et que les facteurs pouvant intervenir dans le passage à une consommation problématique ou excessive sont loin d'être caractéristiques d'un public cible et dépendent davantage sur le plan individuel de l'accumulation de facteurs de vulnérabilité (échec, isolement, expatriation, veuvage...) et des trajectoires individuelles des personnes y étant confrontées.

La santé étant engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne (là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments), le fait de travailler par contexte offre la possibilité de travailler en fonction de ces facteurs de vulnérabilité, facteurs n'étant pas, comme nous l'avons déjà montré précédemment, spécifiques à aucun groupe cible particulier mais pouvant jouer un rôle décisif dans le passage d'une consommation responsable à une consommation problématique.

De plus, le fait de mener des actions adaptées à l'environnement des individus offre la possibilité d'impliquer tous les secteurs professionnels, à savoir, préventif, réduction des risques, curatif, en fonction des besoins des usagers et des conditions dans lesquelles ils se trouvent, leur permettant ainsi d'être en possession de tous les éléments nécessaires à la réflexion au moment où les questions se posent et les choix s'opèrent.

Enfin, le travail par contexte pourrait permettre un décroisement ainsi qu'une cohérence et une continuité des actions au sein d'un même contexte mais aussi de pouvoir offrir un suivi et des ressources adaptées aux individus lorsque ceux-ci changent de trajectoire.

PARTIE II : DE LA REFLEXION A L'ACTION : QUELLES STRATEGIES D'ACTION PROMOUVOIR AUPRES DES JEUNES EN MATIERE D'ALCOOL ?

I. L'avis des experts sur la situation du secteur prévention

Infor-Drogues a organisé une réunion avec les membres du groupe-porteur « Jeunes, Alcool & Société »²²⁵ le 14 octobre 2009 pour présenter un bilan intermédiaire de la présente recherche et entendre les acteurs de terrain sur la question de la prévention en Belgique francophone. La liste des participants à cette réunion se trouve en annexe du présent rapport.

1.1. L'éclatement de cette compétence en Belgique francophone

Une évidence aux yeux des acteurs de terrain : la difficulté d'agir efficacement dans un cadre aussi morcelé. En Belgique francophone, la prévention des assuétudes est éclatée entre de nombreux pouvoirs publics : principalement la Communauté française, la Région wallonne, la Cocof, et récemment l'Etat fédéral qui s'y intéresse à nouveau à travers le « Fonds de lutte contre les assuétudes ». Notons que de nombreux dispositifs sont également subventionnés par d'autres niveaux de pouvoirs comme les provinces (à travers leur compétence de santé) ou les communes.

Notons aussi que depuis 1995 de nombreux dispositifs des contrats de sécurité de l'Etat fédéral se sont progressivement orientés vers des actions davantage préventives. Ils s'appellent d'ailleurs aujourd'hui 'plans stratégiques de sécurité et de prévention' ou 'Plans Drogues' ou 'contrat de sécurité et de prévention' et sont en partie financés par les Régions wallonne et bruxelloise. Ces dispositifs participent très souvent au développement de la confusion en se prétendant faire de la « prévention des drogues et des dépendances » alors qu'ils ne font bien souvent que de la « lutte contre les nuisances ».

Enfin, n'oublions pas l'investissement des polices locale et fédérale dans la mise en œuvre du programme « MEGA » dans les écoles primaires²²⁶.

Un tel éclatement conduit à un éparpillement des, déjà faibles, ressources disponibles. Pour tenter d'obtenir un financement minimal à la mise en place de projet, l'acteur de prévention est contraint de rechercher plusieurs sources de subventionnement. S'en suivent bien souvent des actions moins cohérentes car devant répondre à des objectifs différents. S'en suit également une débauche d'énergie pour obtenir ces subsides et en faire plusieurs rapports d'activité adressés aux différents pouvoirs subsidiaires.

²²⁵ Nouveau nom du groupe-porteur « les Jeunes et l'Alcool »

²²⁶ A ce sujet, voir la description de ce projet et son évaluation en annexe partie « actions existantes ».

Cet éparpillement des ressources nuit gravement à la réalisation et au maintien de programmes en cours d'application. Le manque de moyens financiers ou leur mode d'attribution sont dénoncés par la plupart des intervenants du secteur avec, pour conséquence, que de nombreux projets ne voient jamais le jour, ou sont partiellement réalisés ou interrompus. L'analyse des difficultés liées à la situation institutionnelle de la Belgique et ses conséquences financières a mis en évidence qu'il existait un retentissement sur l'efficacité des efforts consentis :

- l'information circule difficilement entraînant une dispersion de l'énergie, un manque d'échange et de coordination des actions qui pourraient parfois se compléter ou se poursuivre dans le temps ;
- le transfert de connaissances insuffisant entre les différents acteurs, en particulier concernant les processus d'élaboration des programmes et leurs implémentations ;
- le manque de coordination et de collaboration au-delà des frontières thématiques a pour conséquence une multiplicité d'intervenants mais un relatif isolement de ceux-ci ;
- la méthodologie n'a pas toujours ni temps ni les moyens d'être suffisamment affinée. La fréquente modestie financière des projets empêche souvent le déploiement de cet aspect des projets ;
- les programmes sont rarement évalués. En effet le contrôle des interventions de prévention et de promotion de la santé est complexe parce que les mesures prises sont multidimensionnelles (interactions entre la prévention comportementale - facteurs de vulnérabilité liés à l'individu - et contextuelle – facteurs de vulnérabilité liés aux contextes) et que les origines de certains facteurs de risque sont multiples. L'effet obtenu ne peut donc pas toujours être attribué à une intervention unique et clairement définie. Ce déficit d'évaluation est évidemment à mettre en rapport avec le fréquent déficit méthodologique et donc le manque d'indicateurs pertinents prévus dès le départ.

Quelle différence avec la Communauté flamande ?

Les experts constatent des différences en fonction des communautés. Les programmes de prévention flamands sont plus souvent inspirés de programmes américains et européens²²⁷. Mais surtout la plupart d'entre eux sont appliqués à l'échelle de la Communauté Flamande. En effet, au sein de celle-ci existe un certain degré de collaboration entre les différentes initiatives au travers d'échanges informels concernant les expériences de chacun sans que celle-ci soit forcément institutionnalisée.

Comme on l'a dit, du côté francophone, le paysage préventif est plus hétéroclite. De ce fait, les expériences acquises sont difficilement transposables, d'une organisation à une autre mais aussi d'un lieu à un autre, compte tenu également que les sources auxquelles les projets se réfèrent sont souvent implicites.

²²⁷ La différence entre les programmes américains et les programmes européens réside dans le fait qu'aux Etats-Unis, les programmes sont implantés tels quels alors qu'en Europe, ils sont adaptés pour chaque pays.

1.2. Les dispositifs s'adressant aux jeunes

Concernant plus particulièrement les jeunes, même si la grande majorité d'entre eux ne présentent pas de problèmes par rapport à leur consommation d'alcool en tant que telle, la situation actuelle souligne toutefois l'importance de développer des stratégies et des modes d'action pertinents permettant aux jeunes d'avoir un regard sur l'alcool et ses représentations en terme de santé.

Dans ce sens, la réunion s'est articulée autour de dispositifs de prévention et de réduction des risques concernant la thématique « alcool ». Ce travail a permis d'alimenter certaines pistes de réflexion afin de créer des dispositifs et des stratégies appropriées dans le but d'instaurer un dialogue avec les jeunes. Ce dialogue est en effet indispensable si nous voulons leur transmettre des habitudes de consommation responsables et à moindre risque. Un autre objectif important est de mettre en place des structures d'accueil et de soutien adéquates lorsque le public et les jeunes en particulier rencontrent des difficultés.

Les dispositifs et stratégies d'action analysés au cours de cette réunion (dispositifs et stratégies présentés au chapitre 2 et en annexe) possèdent des champs d'intervention très variés²²⁸. Les actions présentées ont généralement pour objectif soit la prévention, soit la gestion ou encore la réduction des risques inhérents aux comportements sous influence de l'alcool (conduite en état d'ivresse, violence, rapports sexuels non protégés ou non voulu, ...). Rappelons que les consommations dites problématiques et excessives provoquant problèmes de santé, de dépendance et de désocialisation n'apparaissent pas, ou de manière exceptionnelle, chez les personnes de 12 à 35 ans.

Les stratégies et dispositifs ont été analysés en fonction des différents contextes de consommation, compte tenu que celle-ci, lorsque qu'elle est excessive, s'opère généralement entre pairs et s'inscrit dans des processus de socialisation inhérents à certains contextes.

L'analyse des stratégies présentées en annexe a mis en évidence qu'un programme devrait idéalement rencontrer un certain nombre de critères :

- l'orientation vers la prévention et/ou la réduction des comportements à risque implique l'utilisation des connaissances relatives à la problématique, l'apprentissage d'aptitudes sociales et émotionnelles et la mise en pratique de ces connaissances et apprentissages. De plus, diverses études montrent que le taux de réussite d'un programme est plus élevé s'il renvoie à un ensemble cohérent du point de vue des messages véhiculés par les différents niveaux : micro (famille), méso (école, entourage, pairs...) et macro (société); par conséquent, un programme doit s'intégrer à la fois dans la culture des jeunes, dans celle de l'école et de la collectivité, et pour cela, l'implication et l'action coordonnée de différents acteurs (réseaux) est nécessaire ;

²²⁸ Les dispositifs présentés sont mis en œuvre aussi bien au niveau national qu'à l'échelle d'un quartier.

- les acteurs impliqués dans le processus de prévention doivent pouvoir avoir accès à tout moment aux thèmes et aspects méthodologiques des programmes afin de permettre la continuité de ceux-ci dans le temps et dans l'espace. Des points de référence doivent être intégrés, lors de la conception des programmes, afin de permettre aux personnes relais, mais aussi aux bénéficiaires, de pouvoir consulter à tout moment leurs acquis (ainsi que les mises à jour) sans avoir à participer à nouveau à des formations. Ils doivent procurer aux intéressés un sentiment de sécurité afin de promouvoir la responsabilisation et l'autonomisation de ceux-ci ;
- les deux points qui précèdent montrent qu'une plus grande importance doit être accordée à l'évaluation et que celle-ci doit étudier les divers aspects des programmes. En termes de contenu, les personnes responsables des programmes devraient évaluer de manière régulière et systématique la validité et l'actualité des informations diffusées compte tenu de ce que les connaissances scientifiques relatives aux substances et aux modes de consommation évoluent chaque jour davantage. Concernant l'évaluation, elle doit être effectuée au moyen d'indicateurs pertinents par rapport aux objectifs à atteindre et être complétée par une évaluation des processus étudiant la manière dont le programme a été mis en œuvre, ainsi que les facteurs facilitateurs et freinants, et mentionner si certains aspects méthodologiques ou pratiques peuvent ou doivent être améliorés ;
- les programmes doivent davantage pouvoir être adaptés en fonction des situations spécifiques de chaque individu, groupe d'individus ou zone géographique ;
- les approches utilisant la peur à l'égard des jeunes et/ou des parents ainsi que celles pouvant avoir des effets de stigmatisation sont à proscrire.

Enfin, les participants à notre réunion ont formulés plusieurs questions concernant la réflexion sur les programmes de prévention appliqués en Belgique.

- Est-il possible, compte tenu du morcellement institutionnel actuel, d'engendrer une politique de prévention cohérente et efficace ?
- Compte tenu des moyens limités dont dispose la prévention, peut-elle réellement concevoir des campagnes touchant tous les publics concernés, ou au moins une partie d'entre eux, de manière continue et à long terme, et ne serait-il pas plus réaliste et efficace d'encourager et de développer des projets au niveau régional et communal dont le financement pourrait s'avérer être plus abordable ?
- La création d'un dispositif composé d'un organe opérationnel de coordination institutionnel et de support couplé à une délocalisation partielle de la coordination et des décisions au niveau des Centres Locaux de Promotion de la Santé, ceux-ci étant plus proches des réalités et des problèmes rencontrés au niveau local ne permettrait-elle pas la réalisation de programmes de prévention plus cohérents et une meilleure collaboration entre les différents acteurs comme le montre l'exemple de la Suisse ?

II. Présentation de projets existants à destination des jeunes en matière d'alcool et d'autres drogues.

Afin de formuler des propositions de façon très concrète, nous présenterons dans ce chapitre deux initiatives de prévention développées à l'étranger (France et Suisse). Nous avons développé davantage deux projets particuliers car nous souhaitons, d'une part, proposer une méthodologie globale et chronologique et d'autre part, partir d'exemples concrets. La force des actions de terrain nous a semblé nécessaire pour illustrer toute l'importance de la méthode en prévention.

Ces deux dispositifs ont été mis en place à partir de 2006, c'est à dire récemment. Mais surtout nous les présentons de façon relativement détaillée car ces deux dispositifs ont été largement²²⁹ reconnus pour leurs qualités de cohérence, de globalité et d'efficacité.

Avant de les développer, il nous semble important de préciser que les projets et propositions cités dans les Actes de la Table-ronde bruxelloise du 5 novembre 2008 « L'alcool chez les jeunes : qu'en est-il et qu'en faisons nous ? » sont évidemment pertinents. Toutefois, au vu du contexte de la prévention en Belgique francophone (cfr. Chapitre 1) il nous a semblé intéressant de se pencher sur certaines pratiques développées à l'étranger. Cela a aussi l'avantage de ménager d'éventuelles susceptibilités entre collègues.

Enfin, comme nous nous y étions engagé, nous avons effectué un relevé des actions existantes en Communauté française de Belgique ainsi que de nombreuses actions étrangères. Ce relevé se trouve en annexe.

2.1. Premier dispositif : « Prévention alcool dans les Franches-Montagnes »^{230 231}

Les Franches-Montagnes sont un groupement de 13 communes rurales du canton du Jura en Suisse. Ces communes sont modestes : Saignelégier la plus importante d'entre-elles compte 2140 habitants.

La démarche qui a eu lieu dans le District des Franches-Montagnes depuis 2005 est, d'un point de vue participatif et du point de vue de ces réalisations, une réussite.

Nous avons voulu identifier les raisons et conditions qui l'ont permis :

PARTIR D'UNE DEMANDE, TROUVER L'APPUI DES AUTORITÉS POLITIQUES

La commune de Saignelégier, via son policier, a fait part au programme « Soif de... » de ses inquiétudes par rapport au déroulement de la fête liée au Marché-Concours (mai 2005).

²²⁹ Le projet des Franches-Montagnes fut largement médiatisé et repris par d'autres communes ; le projet vendéen a eu un large écho dans la publication de l'Institut national de Prévention et d'Éducation pour la Santé « la Santé de l'homme ».

²³⁰ Ce descriptif est très largement inspiré par un récit de projet de la Fondation suisse O2.

²³¹ Pour plus de précisions sur ce dispositif, le dossier de presse complet se trouve en annexe ainsi que quelques exemples de la « Chronique d'une famille comme les autres : la famille Titgut » (Titgoutte).

Le Marché-Concours est une belle fête, mais aussi, malheureusement, l'occasion pour certain(e)s de s'enivrer plus que de raison. Ces dernières années, ce sont des personnes de plus en plus jeunes que l'on voit totalement ivres quand elles ne sont pas couchées dans le caniveau dans un état proche du coma éthylique.

Ce phénomène nous a interpellé et nous avons décidé de réagir en appelant Madame Hanin (Campagne de prévention cantonale "Soif de...") à la rescousse. Puis, j'ai pensé que cette démarche serait utile au niveau des Franches-Montagnes. Je savais que la commune du Noirmont se préoccupait aussi de ce problème. Madame Hanin et Transat ainsi que Monsieur Wilhelm (Radix, promotion de la santé) sont venus nous présenter leurs idées et actions possibles.

L'Assemblée des Maires des Franches-Montagnes a tout de suite adhéré aux propositions émises et s'est mise au travail, aidée, épaulée, secondée efficacement par Mme Hanin et son équipe et nous les en remercions vivement. Nous espérons que dans un proche avenir toutes les communes du district pourront appliquer les conclusions des différents groupes de travail à l'étude actuellement.

René Girardin, président de l'association des maires des Franches-Montagnes et Maire de Saignelégier, extrait du dossier de presse de novembre 2006.

L'association des maires a décidé d'adhérer à une démarche de prévention sur le district. L'appui des maires a donné une légitimité cruciale à la suite de la démarche. De plus, leur secrétariat a assuré la gestion des subsides reçus et les paiements à effectuer.

PROPOSER DES PARTENARIATS RECONNUS ET DES MOYENS FINANCIERS

Pour se lancer dans une politique de prévention locale, le programme « Soif de... » a proposé des partenariats et des soutiens financiers aux communes des Franches-Montagnes:

- **TransAT**, de la Fondation Dépendances, pour apporter son expertise en matière de prévention.
- **Radix** promotion de la santé : pour un support méthodologique et financier. Radix développe à l'époque le programme "les communes bougent" sur la Suisse romande sur mandat de l'OFSP et de la Régie fédérale des alcools. Le programme "les communes bougent" propose une méthodologie aux communes pour développer une politique locale de prévention des abus d'alcool taillée à la mesure des besoins (www.lescommunesbougent.ch). Radix fournit un support conceptuel et matériel, rend accessible le savoir-faire du réseau national et promeut l'échange d'expériences. De plus, en signant une convention avec Radix promotion de la santé, chaque commune accédait à un soutien financier de 3.000 francs suisses pour soutenir des actions liées à ce thème.
- La **campagne cantonale de prévention "Soif de"** de la République et Canton du Jura, pour l'accompagnement méthodologique effectif de la démarche et du groupe.

RÉALISER LE DIAGNOSTIC AVEC LES ACTEURS CONCERNES

Les maires ont conseillé d'organiser un diagnostic un jour de réunion des sociétés d'embellissement. Une trentaine de personnes a participé (autorités communales, responsables du festival « Chant du gros », personnel du transport de nuit Noctambus, membres de l'espace jeunes, etc.) à une réunion sur les points forts/faibles du district au niveau de la jeunesse. Les thèmes de travail/publics-cible suivants ont été définis :

- Accès à l'alcool (débits occasionnels et permanents): limites à poser et soutiens à apporter.
- Lieu d'animation pour les plus de 16 ans?
- Parents.
- Ecoles.

Ce diagnostic a été étayé lors de l'élaboration de chaque projet. Des représentants de société, de buvettes, de recettes de district, des étudiants, des professionnels du théâtre, de multiples habitants ont été consultés, invités à des réunions, etc.

«La variété des acteur-e-s et donc des avis permettent très souvent un véritable diagnostic de terrain et un ajustement des projets dans les contextes d'action parfois complexes et multivariés. (...) Le fait de toucher directement des univers d'activités différents à travers leurs représentant-e-s a permis d'une certaine manière de sensibiliser ces secteurs aux discours préventifs mais aussi d'ouvrir ces champs professionnels à des activités dans lesquelles jusqu'à présent, ils/elles étaient peu convié-e-s et peu représenté-e-s.

Le fait de participer et d'élaborer, « avec » les acteur-e-s de la prévention et les politiques de santé publique des projets en adéquation avec les réalités et les contraintes de chacun-e, a également « restauré » l'image parfois décalée et inadéquate qu'avaient quelques représentant-e-s de la société civile (organisateur/rices de fêtes, gérant-e-s de café, restaurateur/rices, etc.) : *« J'ai été surpris qu'on me demande mon avis. Généralement, ils disent, vous devez faire ci et ça parce que c'est comme ça, on l'a décidé. Mais leur truc, souvent ça marche pas parce qu'ils ne connaissent pas du tout notre réalité de travail et nos contraintes. [...] Oui, on peut dire que ça a vraiment changé l'image que j'avais d'eux (des politiques et de la prévention). »* extrait du « rapport de la recherche-évaluation Soif de », université de Fribourg, Dr Sophie Le Garrec, 2008.

ACCOMPAGNER UN GROUPE DE TRAVAIL MULTI-DISCIPLINAIRE, MOTIVÉ, AVEC UN CADRE CLAIR ET UN ANCRAGE LOCAL...

L'association des maires des Franches-Montagnes a mandaté un groupe de travail pour développer une politique locale de prévention sur le district des Franches-Montagnes. Certains professionnels ont rejoint le groupe.

Le groupe de travail "prévention jeunesse/soif de" est, à l'époque, constitué de:

- Claudine Celji, conseillère communale, pour la commune des Breuleux,
- Dominique Froidevaux, conseillère communale, pour la commune de Saignelégier,
- Josette Bueche, conseillère communale, pour la commune de Montfaucon,

- Nicolas Girard, conseiller communal, pour la commune du Noirmont,
- Christine Halapi et Marthe Gogniat, pour les communes de Lajoux et des Genevez,
- Ruth Wenger, responsable de la prévention scolaire,
- Alain Bezençon, animateur de l'Espace jeunes du Noirmont, puis Vincent Beuret,
- Maya Gogniat, école de Saignelégier,
- Marc Braillard, policier à Saignelégier,
- Marie-Hélène Hanin, responsable de la campagne cantonale « Soif de... »,
- François Huguenin, assistant social à Trans-AT.

Le groupe a défini **lui-même** son mandat que les maires ont signé en été 2006. Cette clarté dans le cadre, les objectifs et la durée de vie du groupe ont influé sur son efficacité et sa motivation.

Ce groupe de personnes a mis sur pied un nombre important d'actions liées à la consommation d'alcool en travaillant intensément durant deux ans : une quinzaine de fois en grand groupe et un nombre indéfini de fois en sous-groupes de travail.

La **répartition du travail** en sous-groupes (de 2 à 3 personnes) liés à des publics-cible ou des actions a permis un gain de temps et un effet d'entraînement d'un groupe par rapport à l'autre. Cette répartition en sous-groupes s'est faite très rapidement, après avoir identifié les groupes-cible et les objectifs. Les réunions en grand groupe permettaient de faire le point sur l'avancement des différents sous-groupes et de réfléchir ensemble aux éventuels blocages et difficultés.

La **multi-disciplinarité** du groupe a aussi concouru à sa longévité en permettant à ses membres :

- d'être **valorisé** dans ses compétences/connaissances/réseau et de l'apporter au groupe ;
- **d'apprendre** et de découvrir des réalités différentes, via les membres du groupe et les activités diversifiées à mettre sur pied;
- de trouver du **plaisir** dans le travail du groupe. S'engager bénévolement lors de réunions en soirée est un effort que la bonne ambiance du groupe a réellement facilité.

La majorité des membres du groupe vit et/ou travaille dans les Franches-Montagnes. Les réseaux qu'ils ont activés ont permis d'obtenir maints accords, mise à disposition de matériel, de locaux, baisse de prix, informations, etc.

« La mise en commun des savoirs, des acteurs et des structures a généré la systématicité des chaînes de collaborations pour chacune des actions programmées », extrait de « rapport de la recherche-évaluation Soif de », université de Fribourg, Dr Sophie Le Garrec, 2008.

LA SIMULTANÉITÉ DE PROJETS DESTINÉS À DES PUBLICS-CIBLE DIFFÉRENTS

L'année 2007 a été l'année de réalisation concrète des actions de « Soif de... Franches-Montagnes » :

- « Feuilleton de la famille Titgut », histoires drôles et moins drôles autour de l'alcool dans la presse ;
- « On va faire un tabac », pièce de théâtre créée par des jeunes ;
- « Est-ce ton choix ? », affiche de prévention réalisée par des étudiants pour les cafés ;
- « Directives communales liées à l'octroi du permis de débit de boissons occasionnelles », formulaire rassemblant des règles légales liées au débit de boissons occasionnelles ;
- Actions de prévention lors du chant du gros et du Marché-Concours ;
- « Tout ce que vous avez toujours voulu savoir (ou ignorer) sur les conduites addictives chez les pré -adolescents et les adolescents », Powerpoint pour les professionnels scolaires et les parents ;
- Conférence sur le cannabis pour les parents.

Parallèlement, la campagne « Soif de... » cantonale menait différentes actions sur tout le canton et touchait encore d'autres publics-cible.

« Ces actions s'intégrant dans l'ensemble du tissu communal se sont déroulées simultanément sur les trois dernières années. Ces formes d'agir selon les publics et les objectifs du programme, s'effectuant sur une même période, ont permis la mutualisation de l'ensemble de ces interventions pensées pourtant de manière distincte et autonome.

Chacune de ces actions ont fait écho entre elles en terme de publicisation, de répercussion voire de complémentarité entre les individus.

Par exemple, alors que les enfants étaient sensibilisés à l'école, leurs parents recevaient le memento, les commerçant-e-s et gérant-e-s de la ville recevaient des courriers de sensibilisation de la part de la commune et pouvaient s'associer à Be my Angel, etc., enfin tous pouvaient lire dans la presse les histoires de la famille Titgut, participer à une conférence et voir des affiches de HE-Art dans la ville. Les informations et les actions proposées pour un groupe-cible sont donc susceptibles de circuler et d'interagir avec celles d'un autre public.

La simultanité des actions auprès de différents publics-cibles permet le renforcement de chacune de ces interventions par les répercussions mutuelles entre les acteurs ; cela créé indirectement une sensibilisation générale et un renforcement des intérêts pour le thème. » extrait de « rapport de la recherche-évaluation Soif de », université de Fribourg, Dr Sophie Le Garrec, 2008.

Le programme « Soif de », en collaboration avec la commune, a invité les responsables de buvette pour une sensibilisation liée au débit de boisson alcoolisée, et pour réfléchir à l'organisation de leur bar et collaborer à des actions de prévention (2005 et 2006).

Bien que les fruits de ce type de démarche sont à observer sur le long terme, la commune de Saignelégier en est satisfaite. Par exemple, suite aux retours positifs des habitants de la ville, la commune décide de maintenir les points d'eau installés temporairement pour la fête.

ORGANISER UNE BONNE COMMUNICATION

Le projet a veillé à sa communication à l'interne et à l'externe :

- Le secrétaire du groupe était d'une redoutable efficacité !
- Les maires recevaient périodiquement les PV des réunions en grand groupe. En octobre 2007, tous les membres du groupe de travail sont venus présenter les projets déjà terminés ou en cours à l'assemblée des maires des Franches-Montagnes. Il était important de ne pas déléguer une personne à l'assemblée des maires, mais bien de venir tous ensemble afin de donner du « corps » au projet et que les maires en comprennent l'investissement « humain ».
- Le réseau de la campagne Soif de... *cantonale* était tenu informé de l'avancement du groupe « Soif de... Franches-Montagnes ».

Conférence de presse en novembre 2006 avant la phase concrète de la démarche. Collaboration de la presse pour le Feuilleton Titgut (voir plus haut).

PÉRENNISER LES ACTIONS

Suite aux articles parus dans la presse, les autres districts ont demandé à avoir des informations ou à rentrer dans cette démarche.

Différents projets ont été modélisés et repris par d'autres communes/districts : la pièce de théâtre, les directives...

Et actuellement, le groupe 'Soif de... Franches-Montagnes' continue de façon autonome.

2.2. Second dispositif : La Roche-sur-Yon, un dispositif global de prévention de l'hyper-alcoolisation des jeunes²³².

La Roche-sur-Yon est la préfecture du département de la Vendée en France. C'est une ville de +/- 55.000 habitants.

La ville de La Roche-sur-Yon a mis en place un dispositif global pour prévenir l'hyperalcoolisation des jeunes : formation des éducateurs et des enseignants, interventions de prévention sur les lieux de rassemblement de la commune, sensibilisation du grand public, des commerçants, des gérants des débits de boissons et des discothèques. Voyons comment s'y est pris cette commune pour réaliser l'objectif d'organiser une prévention globale et cohérente.

²³² Le descriptif de ce dispositif s'inspire très largement de l'article de Philippe Zongo « La Roche-sur-Yon : prévention en amont à l'échelle d'une commune », La Santé de l'homme, n°398, nov.-dec. 2008.

PARTIR D'UNE DEMANDE, TROUVER L'APPUI DES AUTORITÉS POLITIQUES

Tout part d'observations concernant les jeunes et l'alcool menées, pendant un an, par les médiateurs sociaux sur le territoire communal. Suite à cela, la ville de La Roche-sur-Yon s'est engagée à lutter contre l'hyperalcoolisation des jeunes dans le cadre d'une décision prise par le conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD), fin 2006.

PROPOSER DES PARTENARIATS RECONNUS, CREER UN GROUPE DE TRAVAIL

Un groupe a été constitué comprenant les services de la Ville, de l'État, de la caisse primaire d'Assurance Maladie, de l'Inspection académique, de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa 85) et de l'Association de coordination des associations de quartiers pour réfléchir sur des propositions d'actions.

Un bilan des actions réalisées par les différents acteurs a été dressé, en préalable à la création d'un réseau et à la mobilisation de ces acteurs dans le cadre de la coordination des actions.

PARTIR DES REPRESENTATIONS DES JEUNES

Dans un premier temps, une étude sociologique a été menée (NDLR : voir article page suivante) afin d'apporter un éclairage local sur ce phénomène, de mieux connaître les modalités d'alcoolisation des jeunes, de mesurer aussi la perception en matière de prévention et de santé des jeunes consommateurs d'alcool afin d'agir sur leur système de valeurs.

Ainsi, les résultats montrèrent que les raisons de la consommation d'alcool reposent surtout sur le plaisir de la fête et la quête de l'ivresse. Toutefois, il apparaît que la consommation est liée aussi à l'ennui et représente une aide pour passer le temps. En outre, pour les plus jeunes, la consommation d'alcool permet de se donner plus de force, de se sentir « grand » et de se montrer.

Il est donc apparu que répondre à l'alcoolisation des jeunes uniquement sous un angle sanitaire et/ou sécuritaire serait insuffisant. Il faut aussi et surtout s'interroger sur le rôle social du jeune et sur la place (actuelle et future) que la société, la cité lui accordent au travers des politiques publiques le concernant (emploi, jeunesse, sport, santé, etc.).

SENSIBILISER ET FORMER LES ACTEURS CONCERNES

Dans un second temps, les personnes relais (animateurs socioculturels, conseillers principaux d'éducation, éducateurs de prévention, médiateurs sociaux) en contact avec des jeunes ont été formées. Plusieurs objectifs étaient visés :

- échanger autour des besoins et des difficultés des personnes relais dans leur rôle, de leur place et de leurs missions sur la problématique alcool ;
- faire le point sur les conduites d'utilisation des produits psychoactifs (alcool et autres produits) ;
- comprendre la place des conduites à risque chez les jeunes, définir la place de l'adulte dans une démarche de prévention, d'accompagnement et d'aide.

Tout l'intérêt de former les personnes-relais avant le démarrage de la campagne et des actions spécifiques réside dans le fait que ces personnes-relais pourront alors accompagner ces actions et augmenter considérablement leur impact.

LA SIMULTANÉITÉ DE PROJETS DESTINÉS À DES PUBLICS-CIBLE DIFFÉRENTS

Étape suivante, une campagne de sensibilisation et de prévention de l'alcoolisation a été menée par le Conseil municipal des jeunes. Des affiches et des dépliants d'information ont été réalisés. Parallèlement, une campagne relative à la réglementation de la vente d'alcool aux mineurs a été organisée dans les grandes surfaces commerciales ; elle poursuivait deux objectifs :

- faciliter l'application de la loi par le rappel aux commerçants et aux clients de la réglementation spécifique à la protection des mineurs ;
- rappeler à l'ensemble de la population que l'alcool n'est pas un produit comme les autres puisqu'il est en vente réglementée.

En complément, une charte a été signée entre les gérants des grandes surfaces, le préfet, le procureur et le maire.

Parallèlement à ce dispositif, des animations ont été organisées dans les grandes surfaces yonnaises, à l'espace Jeunes et au Forum des métiers et de la formation. Ces animations de terrain ont permis d'interpeller les citoyens sur leur consommation d'alcool, par le biais de questionnaires et d'un logiciel d'évaluation. L'objectif était de pouvoir toucher le maximum de personnes en portant une attention particulière aux jeunes, sans se situer dans la répression ni la culpabilisation, et de proposer d'autres boissons, en particulier des cocktails sans alcool.

ORGANISER UN RESEAU ET UNE BONNE COMMUNICATION

Un groupe d'échanges de pratiques, placé au cœur de ce dispositif de prévention, est composé de différents professionnels en contact avec des jeunes : conseillers principaux d'éducation, policiers municipaux, médiateurs sociaux, animateurs jeunesse, éducateurs de prévention, infirmières scolaires, gardiens d'équipements sportifs, responsables de centres d'apprentissage, etc. Il est animé par une psychologue qui intervient dans différentes structures (centre hospitalier spécialisé, collectivités territoriales, associations, etc.) pour des supervisions et/ou des analyses de pratiques. Ce réseau a pu questionner les pratiques des professionnels, par exemple quelles postures adopter face aux comportements à risques des jeunes. Cette mise en réseau a permis d'agir dans un cadre cohérent à l'échelle d'un territoire.

PÉRENNISER LES ACTIONS

En complément de ce dispositif, le CLSPD de la Roche-sur-Yon a décidé de s'inscrire dans la durée en organisant, fin 2008, puis fin 2009, une vaste campagne d'information et de prévention alcool (affichages, presse, radio, etc.) destinée à l'ensemble de la population. Sous la houlette du maire avec le soutien du préfet, les Yonnais ont été invités à modérer et doser leur consommation d'alcool lors de la période de fin d'année. Cette campagne, financée dans le cadre du Fonds interministériel de la délinquance, vise à interroger 'nos' consommations par un message qui résonne certes comme un mot d'ordre "DOSEZ" mais qui ne fait que suggérer sans jamais être moralisateur. Au final, il s'agit de favoriser une prise de conscience collective sur la consommation d'alcool et sur ses effets. En amont, deux intervenants - un agent municipal et une animatrice de prévention en addictologie de l'Anpaa - ont mené une mission de sensibilisation auprès des gérants des débits de boissons, bars et discothèques. La moitié des quatre-vingts établissements de la ville, dont quatre bars de nuit ou discothèques, se sont associés à la démarche de prévention.

2.3. Synthèse des deux dispositifs : quels éléments communs pour une stratégie globale et cohérente ?

Bien que les deux dispositifs possèdent leurs spécificités, ils ont surtout de très larges similitudes. En synthèse, nous pointons :

- L'autorité publique est demandeuse et s'implique.
- Un partenariat est constitué avec différents acteurs dont un acteur spécifique en méthodologie de prévention.
- Un diagnostic est réalisé.
- Viser simultanément des publics-cible différents grâce à un réseau.
- Pérenniser les actions.

III. Quelles recommandations pour une stratégie « Alcool & Jeunes » à Bruxelles ?

Ces recommandations reposent non seulement sur les projets tels que décrit ci-dessus mais aussi sur l'expérience des acteurs de la prévention à Bruxelles et en Communauté française. Un certain nombre de ces recommandations ont pu être débattues lors de la rencontre du groupe porteur « Alcool, Jeunes & Société » du 14 octobre à Infor-Drogues (cfr. Annexe).

Certaines de ces recommandations dépassent le cadre de la prévention « Jeunes et Alcool » et s'étendent à l'ensemble des addictions des jeunes voire du public en général. Ceci pour deux raisons essentielles. D'une part, comme les exemples le montrent, toucher les jeunes passe par une sensibilisation d'autres publics et d'autres part « les discours, les valeurs et les normes véhiculées par la société, créés par divers secteurs d'activité (économique, politique, scientifique, sanitaire, culturel, etc.) et disséminés par les médias vont aussi participer au façonnage des conduites adolescentes »²³³.

²³³ FAVRESSE D., DE SMET P., op. cit

3.1 L'implication des autorités.

Le développement d'une véritable stratégie de prévention sur une thématique comme les jeunes et l'alcool ne peut s'effectuer avec des autorités publiques qui resteraient au balcon. Les dispositifs étrangers démontrent que l'implication politique est essentielle.

Une implication forte des pouvoirs publics ne veut pas dire qu'ils doivent tout décider, loin de là. Il s'agit de thématique complexes auxquelles la professionnalisation d'acteurs et l'échange de pratiques sera d'une grande aide aux politiques.

En tout cas, seule l'implication politique permet de mettre une série d'acteurs autour d'une même table pour aboutir à une stratégie transversale. Cette implication est nécessaire aussi car c'est l'autorité publique qui finance et donne la légitimité aux actions.

Cette implication politique doit se faire en tenant compte des autres niveaux de pouvoirs. Ainsi les dispositifs étudiés étaient des dispositifs relativement locaux. Ils ont tenu compte de campagnes ou d'acteurs qui dépassaient leur circonscription : intégration des initiatives Franches-montagnardes dans la campagne cantonales en Suisse, appel à l'association nationale A.N.P.A.A. (Association nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) en France. Inversement, l'implication de politiques nationaux ou régionaux dans la création d'une campagne ou d'une méthodologie se doit de tenir compte des niveaux de pouvoir plus locaux (provinces, communes) en leur laissant toujours une marge d'adaptation à leurs réalités et nécessités spécifiques.

En Belgique, la prévention est portée et réalisée par des associations de terrain reconnues ou subsidiée à court ou moyen terme . Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, ces associations sont souvent locales ou centrées sur un projet sans réelle implication des autorités. Cela rend bien souvent difficile le développement d'une stratégie globale et cohérente. Cette difficulté est renforcée par l'absence de structure régionale ou communautaire.

3.2. La création d'une « agence de prévention des assuétudes ».

La France, état encore largement centralisé, et la Suisse, état fédéral, ont toutes deux des agences (association subventionnée ou service public) spécialisées au niveau national qui servent d'appui méthodologique aux autorités publiques et aux autres acteurs de terrain pour le développement et la mise en œuvre de stratégie de prévention.

En Suisse, comme nous l'avons vu, deux acteurs se conjuguent :

- **TransAT**, de la Fondation Dépendances, pour apporter son expertise en matière de prévention des dépendances.
- **Radix** promotion de la santé : pour un support méthodologique et financier. Radix développe à l'époque le programme "les communes bougent" sur la Suisse romande sur mandat de l'OFSP et de la Régie fédérale des alcools. Le programme "les communes bougent" propose une méthodologie aux communes pour développer une politique locale de prévention des abus d'alcool taillée à la mesure de ses besoins. (www.lescommunesbougent.ch) Radix fournit un support conceptuel et matériel, rend accessible le savoir-faire du réseau national et promeut l'échange d'expériences. De plus, en signant une convention avec Radix promotion de la santé, chaque commune accédait à un soutien financier de 3.000 francs suisses pour soutenir des actions liées à ce thème.

En France, l'ANPAA a pour objectif de développer dans tous les milieux une [stratégie globale de prévention](#) des risques et des conséquences liés à la consommation d'alcool et participer, devant l'usage croissant d'autres substances psychoactives souvent liées à l'alcoolisation, à la prévention des autres toxicomanies²³⁴.

Les responsables politiques des dispositifs du chapitre 2, ont tout de suite fait appel à ces structures. C'est bien l'apport de leur expertise qui a permis de structurer, de rendre cohérentes entre elles et avec les campagnes cantonales ou nationales les démarches locales.

Il doit être clair aujourd'hui que la problématique de l'alcool, des drogues, des dépendances au sens large ne devrait plus faire l'objet d'actions isolées et donc partant un peu dans tous les sens (même si elles sont soutenues par une bonne volonté évidente). L'efficacité des actions exige qu'elles appartiennent toutes à un cadre commun et cohérent. De plus, le manque de moyens criant en prévention rend cette exigence encore plus indispensable.

Comme nous l'avons vu au chapitre 1, en Belgique francophone la compétence de prévention se caractérise par un morcellement particulièrement éclaté et donc une dilution de la méthode et des objectifs. Il semble donc impératif, au moins pour Bruxelles qui bénéficie d'une population conséquente et d'un territoire précis, de créer une « agence de prévention des assuétudes » qui offrirait à tout le moins un support méthodologique et une expertise en matière de prévention des assuétudes.

Bien sûr, une telle agence serait nécessaire pour toute la Communauté française de Belgique. A ce titre un accord entre les trois pouvoirs principalement compétents pour la prévention serait nécessaire (Communauté française, Région wallonne et Commission communautaire française). Rien que de le dire, toute la difficulté d'arriver à une politique globale et cohérente est démontrée.

Ces deux premières recommandations sont globales et transcendent des recommandations plus concrètes de prévention telles que nous en proposons ci-dessous.

²³⁴ Cfr. : <http://www.anpaa.asso.fr>

3.3. Agir globalement (sur plusieurs dimensions et plusieurs publics)

Il s'agit d'une recommandation qui ressort de façon unanime tant des projets que des acteurs de prévention : la prévention et la promotion de la santé nécessitent une stratégie d'ensemble concernant des objectifs globaux. Une orientation commune vers des objectifs de santé vise à renforcer la collaboration des acteurs en vue d'améliorer la cohérence et l'efficacité des différentes mesures adoptées.

Viser plusieurs publics spécifiques, c'est à dire avec des actions et des messages adaptés, de façon simultanées ou étalées dans le temps (mais alors de façon logique comme dans l'exemple vendéen où la formation des intervenants a précédé la campagne) renforce chacun des messages et l'efficacité de l'ensemble. « *La simultanéité des actions auprès de différents publics-cibles permet le renforcement de chacune de ces interventions par les répercussions mutuelles entre les acteurs ; cela crée indirectement une sensibilisation générale et un renforcement des intérêts pour le thème*²³⁵. » C'est logique puisqu'il s'agit d'une problématique sociale (ou sociétale). A ce titre les participants à notre réunion du 14 octobre furent unanimes pour mettre en évidence l'importance du rôle des parents, acteurs qui doivent être valorisés par les dispositifs et, dont les compétences doivent être utilisées et développées au sein des stratégies de prévention.

Agir sur plusieurs dimensions est aussi nécessaire. Les dispositifs montrent bien que la réglementation est un levier à utiliser quelque soit la zone géographique concernée par le projet de campagne: depuis la loi nationale (et nous donnons dans ce rapport plusieurs pistes pour la rendre plus cohérente) jusqu'au règlement des buvettes des clubs de sport.

3.4. Diagnostiquer ce qui existe et constituer un groupe de partenaire

Comme le souligne le manuel de prévention du Conseil de l'Europe²³⁶, « *le point de départ d'un processus de prévention est un inventaire de situation* », c'est-à-dire une analyse des problèmes existants, de ce qui a déjà été entrepris afin de les résoudre ou les prévenir et de ce qui existe pour les solutionner.

Un intérêt de ce diagnostic est de repérer les acteurs et de constituer un groupe de travail transversal (cfr. les exemples du chapitre 2).

Le groupe de travail permet d'impliquer les différents acteurs de terrain. En effet, « *aborder les conduites abusives, ce n'est pas uniquement se centrer sur les risques liés à leurs usages, c'est aussi aborder la notion de plaisir, les consommations en général, les valeurs véhiculées par la société, la dimension sociale des comportements, de l'école, des loisirs, etc.*²³⁷ »

²³⁵ Extrait du « rapport de la recherche-évaluation Soif de », université de Fribourg, Dr Sophie Le Garrec, 2008.

²³⁶ Van der stel J, Voordewind D, « *Manuel de prévention, Alcool, drogues et tabac* », Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe et Jellinek Consultancy, 1998.

²³⁷ Ibid., p. 63.

3.5. Rendre les intervenants acteurs du dispositifs et créer un dispositif qui fait participer les publics

Le maître-mot : par-ti-ci-pa-tion ! Il s'agit de donner la parole mais aussi l'occasion de prendre une part active aux dispositifs.

Rendre le ou les publics participatifs nécessite de recueillir des informations sur leur pratique (que ce soit leur pratique professionnelle, leur pratique de consommation) et leurs motivations²³⁸.

Le dispositif suisse a donné la parole d'une part aux acteurs de terrain : cela a permis de mieux comprendre comment les impliquer mais aussi de réaliser des actions plus pertinentes et plus efficaces. A cet égard, le dispositif suisse a effectué une communication systématique vers les membres du groupe de travail et leur a demandé de se rendre tous à l'assemblées des maires. D'autre part, concernant les jeunes, ils ont pu créer une pièce de théâtre (« On va faire un tabac ») et réaliser une affiche de prévention pour les cafés (« Est-ce ton choix ? »).

Le dispositif français a donné la parole aux jeunes pour connaître leurs représentations de l'alcool et de la prévention. Ce type de diagnostic amène, par exemple, à intégrer dans les dispositifs de prévention que « *la notion de prise de risque à l'adolescence s'inscrit bien souvent dans des rapports intergénérationnels, dans un décalage entre des conduite 'subjectivement' perçues comme bénéfiques par les adolescents et 'objectivement' perçues comme à risque par les adultes. Les jeunes ne raisonnent généralement pas en terme de risque – raisonnement peu cohérent avec leur représentations relativement abstraites du futur – mais plutôt en terme d'apports immédiats, d'apports inscrits dans le concret des actions. La consommation de psychotropes par les jeunes est ainsi habituellement orientée vers d'autres fins que le risque : dépasser ses inhibitions, accroître sa capacité physique, se valoriser auprès des pairs, expérimenter des états de conscience modifiée, etc.*²³⁹ »

Idéalement, les jeunes devraient pouvoir participer activement et devenir des acteurs à part entière du processus de prévention. Leur implication doit être valorisée au même titre que celle des « adultes » et professionnels, valorisation ne pouvant être effective que par la prise en compte de leurs besoins réels et de leurs attentes, ce qui passe par leur implication dans le processus dès les premières étapes de la conception des projets.

²³⁸ Informations qualifiées d'indispensables à la réalisation d'un processus de prévention concordant avec les besoins réels des jeunes lors de la réunion du groupe porteur « *Jeunes, alcool et société* » du 14/10/2009.

²³⁹ FAVRESSE D., DE SMET P., op. cit., p. 57.

BIBLIOGRAPHIE

ANDERSON P., BAUMBERG B., *Alcohol in Europe. A public health perspective*, Institute of Alcohol Studies, United Kingdom, June 2006.

ANGLIN M-D., HSER Y-L., MCGLOTHLIN W-H., *Sex differences in addict careers, Becoming addicted*, *Am J Drug Alcohol Abuse*, Royaume Uni, 1987.

AVILA ESCRIBANO J-J., GONZALES PARRA D., *Diferencias de género en la enfermedad alcohólica*, *Adicciones*, Salamanca, 2007.

BAYINGANA K., DEMAREST S., GISLE L., HESSE E., MIERMANS P-J., TAFFOREAU J., VAN DER HEYDEN J., *Enquête de santé par Interview*, Institut Scientifique de Santé Publique, Belgique, 2004.

BEHRENDT S., WITTCHEN H-U., HOFLE M., LIEB R., LOW NC., REHM J., BEESDO K., *Risk and speed of transitions to first alcohol dependence symptoms in adolescents: a 10-year longitudinal community study in Germany*, *Addiction*, Germany, october 2008.

BELLIS M-A., HUGHES K., MORLEO M., TOCQUE K., HUGHES S., ALLEN T., HARRIS D., RODRIGUES E., *Predictors of risky alcohol consumption in schoolchildren and their implications for preventing alcohol-related harm*, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, Australia, 2007.

BOWLBY J., *Attachement et perte*, 1969, traduction PUF, Paris, 1978-1984.

BROWN S-A., TAPERT S-F., GRANHOLM E., DELIS D-C., *Neurocognitive Functioning of Adolescence: Effects of Protracted Alcohol Use*, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, California, February 2000.

CASERO L., BASTIN P., DAL M., POZZA M., RWUBUSISI M., VANHUYCK, C., *Élaboration d'un cadastre des actions de prévention des assuétudes et de réductions des risques liées à l'usage de drogues subsidiées par les pouvoirs publics en Communauté française*, Eurotox asbl, Bruxelles, octobre 2008.

CATTAERT G., PACOLET J., *Alcoholgebruik en -misbruik naar leeftijd in België*, VAD, Belgique, 2004.

COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANCAISE, *Les services d'aide par téléphone en Région bruxelloise*, Commission communautaire française, Bruxelles, 2000.

COMMISSION DU CONSEIL, *Communication du 24 octobre 2006* de la Commission du Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions (COM (2006) 625 final).

COMMISSION DU CONSEIL, *Conclusions du Conseil du 5 juin 2001* relatives à une stratégie communautaire visant à réduire les dommages liés à l'alcool (2001/C 175/01).

COMMISSION EUROPÉENNE. *The Alcohol Report*, Direction générale de la Santé et de la Protection des consommateurs (2006), Consultable sur le site internet : http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm

CONSEIL DE L'EUROPE, *Recommandations du Conseil du 5 juin 2001* concernant la consommation d'alcool chez les jeunes, notamment les enfants et les adolescents (2001/458/CE).

CONSEIL DE L'EUROPE, *La toxicomanie, Regard éthique*, éditions du Conseil de l'Europe, juillet 2005.

CONSEIL NATIONAL DE LA JEUNESSE, *L'image des jeunes dans les médias*, commissions « jeunes et médias », Bordeaux, 2003.

CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE, *Les jeunes et l'alcool*, rapport du conseil supérieur d'hygiène, Bruxelles, 2006.

CRIOC, *Alcool et boissons alcoolisées*, Bruxelles, 2005.

CRIOC, *La santé et les jeunes*, Bruxelles, 2009.

CURRIE C., NIC GABHAINN S., GODEAU E., ROBERTS C., SMITH R., CURRIE D., PICKETT W., RICHTER M., MORGAN A., & BARNEKOW RASMUSSEN V., *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2008.

CURRIE C., ROBERTS C., MORGAN A., SMITH R., SETTERTOBULTE W., SAMDAL O., & BARNEK O-W., RASMUSSEN V., *Young people's health in context: HBSC international report from the 2001/2002 Survey*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004.

DAVIES N., FROMBERG E., HAPPEL H.-V., *Vers un Numéro commun pour les Services d'Aide Téléphonique « Drogues » européens ? Première étape d'une étude de faisabilité*, 2001.

DEAL S-A., GALAVER J., *Are women more susceptible than men to alcohol-induced cirrhosis?*, Alcohol, Health & Research World, Alexandria, 1994.

DE BOCK C., *Jeunes et alcool : les publicitaires savent pourquoi !*, Education Santé, n°223, Louvain-la-Neuve, mai 2007 (<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=903>).

DECCACHE A., SANDRIN-BERTON B., *La promotion de la santé : d'abord un enjeu de communication sociale ?*, Education santé, n°174, Bruxelles, Novembre 2002.

DE DONDER E., *Alcohol : cijfers in perspectief (1994-2004)*, Antwerpen, 2006.

DELOR F., HUBERT M., *Un ré-examen du concept de « vulnérabilité » pour la recherche et la prévention du VIH/SIDA*, CES, FUSL, Bruxelles, 2003.

DESPLANQUES L., *Femmes et addictions*, Swaps, France, 2003.

DORZÉE H., « Jeunes/ La loi a été adoptée en commission de la santé à la chambre. Les ados seront interdits d'alcool », *Le Soir*, jeudi 22 octobre 2009.

DE RUYVER B., PELC I., CASSELMAN J. et al., *La politique des drogues en chiffres, une étude des acteurs concernés, des dépenses publiques et des populations atteintes*, Academia Press, Gent, 2004.

DE RUYVER B., PELC I., DE GRAEVE D. et al., *Drogues en chiffres II : étude des acteurs concernés, des dépenses publiques et des populations atteintes, Etudes de suivi*, Academia Press, Gent, 2007.

DROGUES INFO SERVICE., *Annual Report 1997-1998*, Information et Prévention, France.

DROGUES INFO SERVICE., *Observations 2001-2002*, France, 10/2002.

ESPAD, *Enquête ESPAD - The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, France, 2003.

EUROPEAN MINISTERIAL CONFERENCE ON YOUNG PEOPLE AND ALCOHOL, *Declaration on Young People and Alcohol*, Stockholm, February 2001.

EUROTOX, *Usage de drogues en Communauté française, rapport 2004-2005, dossier alcool*, Bruxelles, juin 2006.

FAVRESSE D., DE SMET P., *Tabac, alcool, drogues et multimédias chez les jeunes en Communauté française de Belgique. Résultats de l'enquête HBSC 2006*, Service d'Information Promotion Education Santé, ESP-ULB, Bruxelles, 2008.

FESAT, *Système d'observation de la FESAT : Résultats d'une étude pilote portant sur le premier semestre 2001*, Fondation Européenne des Services d'Aide Téléphonique « Drogues », 2001.

FONDATION EUROPÉENNE DES SERVICES D'AIDE TÉLÉPHONIQUE « DROGUES », *Guide pratique des services d'aide téléphonique (création, règles de fonctionnement, évaluation)*, Edition française, 1995.

FRANSSEN A., « Le sujet au cœur de la nouvelle question sociale », Les nouvelles figures de la question sociale, *La Revue Nouvelle*, n°12, Bruxelles, décembre 2003.

FROMAIGEAT D., *L'alcool en milieu professionnel: de la dépendance à la réinsertion à travers le dialogue*, Office Cantonal de l'Inspection et des Relations du Travail, Genève, 1996.

FRYDEL Y., *Internet au quotidien : un Français sur quatre*, Insee Première, France, Mai 2006.

GEIBE R., *L'alcoolisme au quotidien. De la consommation agréable à la dépendance*, Seili Arslan, Paris, 2008.

GHAZI A., BOLOGNINI M., CHINET L., LANDRY M., NARRING F., PICARD V., PICHEROT G., DE GERMOND-BURQUIER V., « Substances psychoactives chez les jeunes, Groupe francophone de travail sur le repérage des consommations à risque et dangereuses de substances psychoactives chez les adolescents et les jeunes, outils de repérage et d'évaluation des consommations », *Alcoologie et Addictologie*, Genève, 2007.

HERVE F., *Les drogues et dépendances en 200 questions*, De Vecchi, Paris, 2002.

HINGSON R-W., HEEREN T., WINTER M-R., *Age at drinking onset and alcohol dependence*, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, Cambridge, 2006.

INFOR-DROGUES, *Bilan statistique annuel 2008*, Service de permanence téléphonique 24h/24, Service d'accueil, Site internet www.infor-drogues.be, Service d'E-permanence, Site Stop ou encore, Bruxelles, janvier 2009.

INSERM, *Prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes*, France, 2003.

JAAKKOLA T., *Guide pratique de la FESAT pour la création d'un service d'aide téléphonique « drogues »*, Commission des Communautés Européennes, Fondation Européenne des Services d'Aide Téléphonique « Drogues », 2003.

KLINGEMANN H., GMEL G., *Mapping the social consequences of alcohol consumption*, *Kluwer Academic Publishers*, Great Britain, 2001.

LEDOUX S., SIZARET A., HASSLER C., CHOQUET M., « Consommation de substances psychoactives à l'adolescence », *Alcoologie et Addictologie*, Lille, 2000.

MANGHAM C., et coll., *Atlantic Health Promotion*, Research Centre, Université Dalhousie, 1995.

MARTIN D., MEYVIS W., *Rapport sur l'humanisation des conditions de détention et le traitement de la délinquance dans la collectivité*, Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, 1991.

MEDIA ANIMATIONS, GROUPE « JEUNES ET ALCOOL », CRIOC., « Les publicitaires savent pourquoi – Les jeunes, cibles des publicités pour l'alcool », *Les dossiers de l'éducation aux médias n°3*, Média Animation, Bruxelles, 2007.

MONITEUR BELGE, *Déclaration conjointe des Ministres, qui ont la Santé publique dans leurs attributions, sur la politique future en matière d'alcool*, Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 17 juin 2008, publié le 2008-07-17.

NADEAU L., FOGG B., FURLONG A., RUSH B., *On the Integration of Mental Health and Substance Use Services and Systems : Summery*, Canadian Executive Council on Addictions, 18 Décembre 2008.

O.M.S., *Politique de la Région européenne de l'OMS en matière d'alcool : situation actuelle et perspectives*, Bureau régional pour l'Europe, Genève, 2005.

PACOLET J., *Sociale kosten-batenanalyse van alcoholgebruik en misbruik in België*, HIVA, Leuven, 2003.

PARQUET P-J., *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance*, Dossiers techniques, Education pour la Santé, CFES, France, 1998. Document accessible sur le site suivant :

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/287.pdf>

PECOLO A., « Les jeunes face à l'image : comportements et influence », Rencontre *Jeunes et Média*, Bordeaux, 2003.

PIETTE D., PARENT F., COPPIETERS Y., FAVRESSE D., BAZELMANS C., KOHN L., DE SMET P., *La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994? Comportements et mode de vie des jeunes en décrochage scolaire en Communauté française de Belgique de 1986 à 2002*, ULB-PROMES, Bruxelles, 2003.

PROSPECTIVE JEUNESSE, « Les jeunes et l'alcool : vers un réseau, les actes de colloque, numéro spécial », *Les cahiers de prospective jeunesse*, 32, vol 9, n°3, Bruxelles, 3^{ème} trimestre 2004.

QUESTION SANTÉ, *Peur et prévention*, Actes du colloque 2002, Bruxelles Santé, Numéro spécial, septembre 2003.

QUESTION SANTÉ., INFOR-DROGUES, *Abus d'alcool : prévenir sans stigmatiser*. Actes du colloque du 16/11/2004, Bruxelles Santé, Numéro spécial, juin 2005.

REYNAUD M., PARQUET P-J., LAGRUE G., *Les pratiques addictives, Usages, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*, Editions Odile Jacob, Paris, 2000.

ROBERTS G., MCCALL D., STEVENS-LAVIGNE A., ANDERSON J., PAGLIA A., BOLLENBACH S., WIEBE J., GLIKSMAN L., *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Un compendium des meilleures pratiques*, santé Canada, 2001.

ROUSSAUX J.-P., *L'alcoolique en famille : dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques*, éditions De Boeck, Bruxelles, 2000.

RUTGER C. M. E. ENGELS, ROEL HERMANS, RICK B. VAN BAAREN, TOM HOLLENSTEIN AND SANDER M. BOT., "Alcohol Portrayal on Television Affects Actual Drinking Behaviour", *Alcohol and Alcoholism Advance Access*, Oxford, march, 2009.

SOCIETE FRANCAISE D'ALCOOLOGIE, Revue trimestrielle de la Société Française d'Alcoologie, indexée dans les bases de données PASCAL : CNRS et ETOH/NIAAA. Les sommaires sont publiés dans « Actualité et Dossier en Santé Publique » (HCSP) et accessibles sur le serveur Internet « [http : // psydoc – fr. broca. Inserm . fr](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr) ».

TODTS S., HARIGA F., POZZA M., LECLERCQ D., GLIBERT P., MICALESSI M-I., *Preliminary report, Report Europrison 2006*, Modus Vivendi, Bruxelles, 2007.

UNIVERS SANTÉ, *Table ronde bruxelloise, L'alcool chez les jeunes : qu'en est-il et qu'en faisons-nous ?*, Centre Culturel de Woluwé-Saint-Pierre, 05/11/08.

VIEIRA D-L., RIBEIRO M., LARANJEIRA R., *Evidence of association between early alcohol use and risk of later problems*, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Brazil, 2007.

WAGNER F-A., ANTHONY J-C., *Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol*, *Drug Alcohol Depend*, Baltimore, 2007.

WARNER L-A., WHITE H-R., *Longitudinal effects of age at onset and first drinking situations on problem drinking*, *Substance Use & Misuse*, New Jersey, 2003.

WEBSTER-STRATTON C., TAYLOR T., *Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 Years)*, Prevention Science, The Netherlands, septembre 2001.

WINNICOTT D. W., *Jeu et réalité*, 1971, trad. Française 1975, rééd. Gallimard, coll « Folio essais », Paris, 2002.

Journées d'études

Groupe porteur « Jeunes, alcool et société », réunion portant sur un inventaire des projets et outils de prévention, organisée par l'asbl Infor-drogues, le mercredi 14 octobre 2009, Bruxelles.

Matinée d'étude « L'alcool et les jeunes », organisé par le Centre d'études Jacques Georquin, le samedi 14 février 2009, Bruxelles.

Société Française d'Alcoologie, *La clinique alcoologique aujourd'hui, du côté du soignant*, vendredi 13 mars 2009, Maison de la Mutualité, Paris.

Table ronde Bruxelloise, organisée par Univers Santé le 05 novembre 2008, Centre culturel de Woluwe-Saint-Pierre, Bruxelles.

Sites internet

Concertation Toxicomanies Bruxelles. Consultable sur le site internet : <http://www.ctb-odb.be/fr/epidemiologie/>

http://www.ssmg.be/new/files/IMP_Alcool_DefiMG.pdf

<http://eduscol.education.fr>

<http://ec.europa.eu/health-eu>

http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11564a_fr.htm

<http://lasantevientenmangeant.inpes.sante.fr>

<http://www.alcoolinfo.com>

<http://www.animafac.net>

<http://www.anpaa.asso.fr>

http://www.belgium.be/fr/publications/pub_convenant_inzake_gedrag_en_reclame_met_betrekking_tot_alcoholhoudende_dranken.jsp

<http://www.bnei.org>

<http://www.chrysis.com>

<http://www.cnt-nar.be/F11.htm>.

<http://www.coursdemiracles.ch>

<http://www.ctb-odb.be>

<http://www.drinkingnightmare.gov.au>

<http://www.drogues.gouv.fr>

<http://www.educationsante.be>

<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1079>.

<http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/api2.pl?lg=fr&pd=2008-07-17&numac=2008024267>.

<http://www.emcdda.europa.eu>

<http://www.ep.soifdevivre.com>

<http://www.euro.who.int>

http://www.euro.who.int/Document/EUR_ICP_ALDT_94_03_CN01.pdf.

http://www.euro.who.int/alcoholdrugs/Policy/20080807_4.

http://www.eurotox.org/images/stories/docs/rapport-eurotox_2007-2006.pdf

<https://www.faceproject.org>

<http://www.forces.gc.ca>

<http://www.impro.infini.fr>

http://www.infordrogues.be/site_test/index.php?option=com_content&view=article&id=178&Itemid=111

<http://www.inpes.sante.fr>

<http://www.irbms.com/rubriques/Dopage/alcool-sport-dopage.php>

<http://www.jep.be/fr/>

<http://www.jeunesetalcool.be>

<http://www.lateignouse.be>

<http://www.leefsleutels.be>

<http://www.lescommunesbougent.ch>

<http://www.nadja-asbl.be>

<http://www.parolesdejeunes.com>

<http://www.pipsa.org>

<http://www.premier-ministre.gouv.fr>

<http://www.quandjebois.be>

<http://www.raidblue.ch>

<http://www.rennes.fr>

<http://www.rodin-foundation.org>

http://www.sante.cfwb.be/thematiques/csps/aviscsps/le_plan_daction_national_alcool_pana_2008_2012/

<http://www.sfa-isp.ch>

<http://www.stoptabac.ch>

<http://www.videos.lalibre.be>

Liste des liens qui recensent l'ensemble des acteurs dans le domaine de l'alcoolisme

Bruxelles (région de) : <http://www.belsoc.org/assistant/as-alcool.htm#Bruxelles>

Brabant wallon : <http://www.belsoc.org/assistant/as-alcool.htm#Brabant>

Province de Hainaut : <http://www.belsoc.org/assistant/as-alcool.htm#Hainaut>

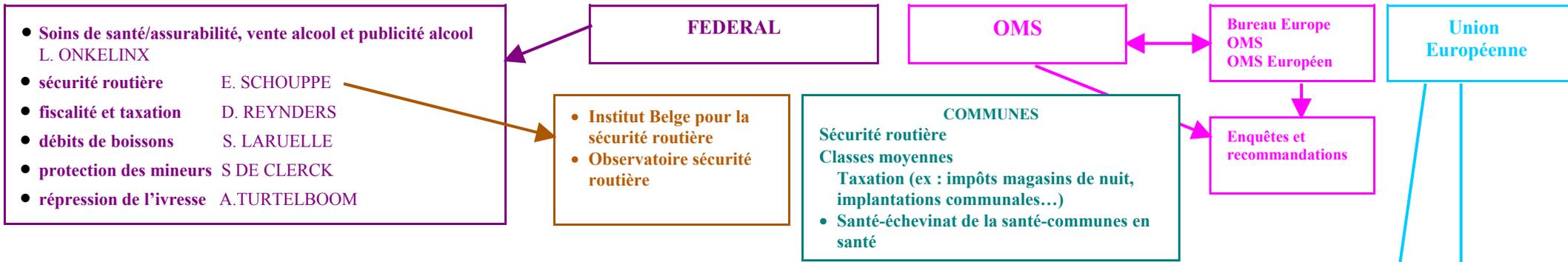
Province de Liège : <http://www.belsoc.org/assistant/as-alcool.htm#Liege>

Province de Luxembourg : <http://www.belsoc.org/assistant/as-alcool.htm#Luxembourg>

Province de Namur : <http://www.belsoc.org/assistant/as-alcool.htm#Namur>

ANNEXE N° 1 : COMPÉTENCES PAR RAPPORT À LA PROBLÉMATIQUE DE L'ALCOOL À BRUXELLES

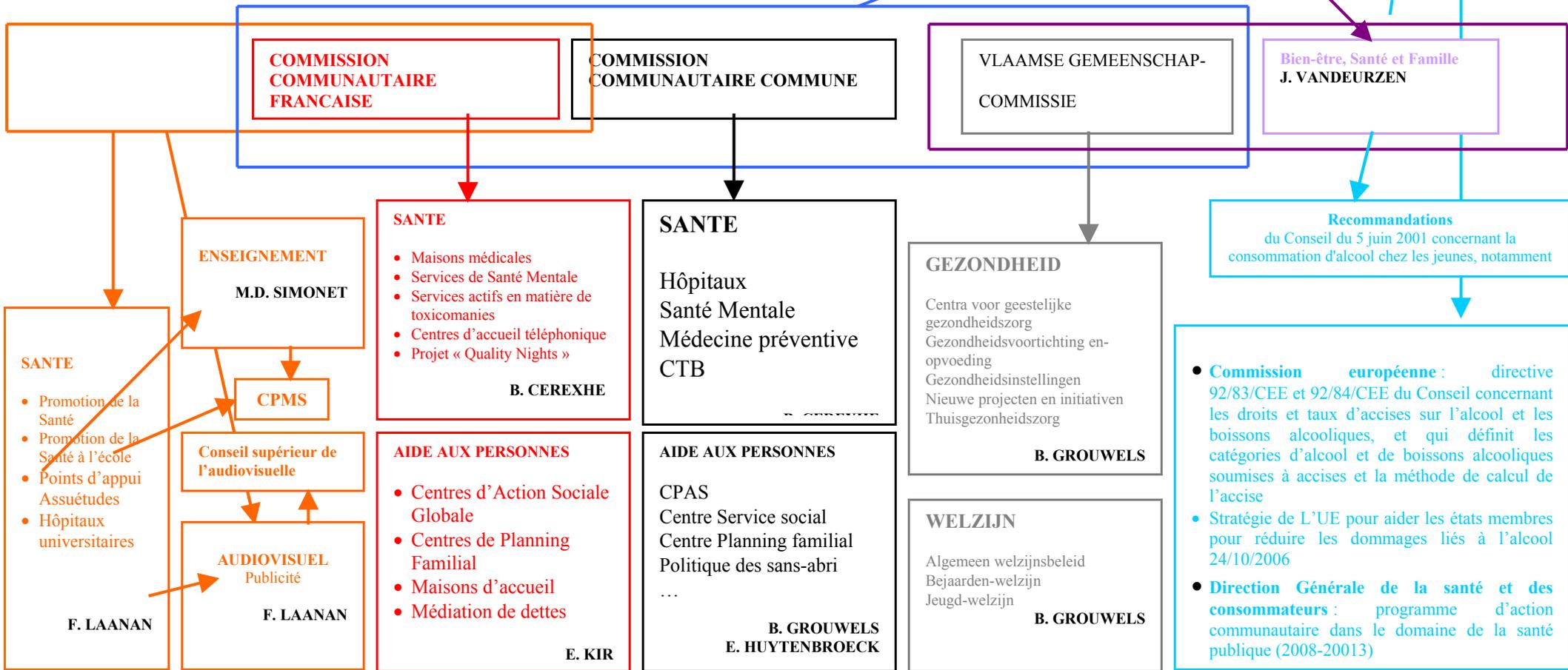
**État des lieux réalisé par l'administration de la COCOF, envoyé à Infor-Drogues en date du
23 juillet 2009**



COMMUNAUTE FRANCAISE

REGION DE BRUXELLES-

VLAAMSE GEMEENSCHAP



ANNEXE N° 2 : TABLEAU RÉCAPITULATIF DE LA RÉGLEMENTATION EN MATIÈRE DE CONDUITE SOUS INFLUENCE

Taux d'alcool	En théorie	Sanction
≥ 0,22 mg/l (≥ 0,5 ‰)	2 verres de bière ou de vin	137,5€ (perception immédiate) + interdiction de conduire pendant 3 heures + en cas de renvoi devant le tribunal : amende entre 137,50 et 2.750€ ; possibilité de déchéance du droit de conduire
≥ 0,35 mg/l (≥ 0,8 ‰)	3 verres de bière ou de vin	400€ (transaction amiable) + interdiction de conduire pendant 6 heures et retrait immédiat du permis en cas de conduite dangereuse + en cas de renvoi devant le tribunal : amende entre 1.100 et 11.000€ ; possibilité de déchéance du droit de conduire
≥ 0,5 mg/l (≥ 1,2 ‰)	4 verres de bière ou de vin	550€ (transaction amiable) + interdiction de conduire pendant 6 heures et retrait immédiat du permis en cas de conduite dangereuse + en cas de renvoi devant le tribunal : amende entre 1.100 et 11.000€ ; possibilité de déchéance du droit de conduire
≥ 0,65 mg/l (≥ 1,5 ‰)	+ de 5 verres de bière ou de vin	interdiction de conduire pendant 6 heures et retrait immédiat du permis en cas de conduite dangereuse + tribunal : amende entre 1.100 et 11.000 et possibilité de déchéance du droit de conduire
≥ 0,70 g/l (≥1,6‰)		interdiction de conduire pendant 6 heures et retrait immédiat du permis pour 15 jours minimum + tribunal : amende entre 1.100 et 11.000 et possibilité de déchéance du droit de conduire entre 1 mois et 5 ans, voire définitive
Récidive ≥ 0,35 mg/l (≥0,8‰)		interdiction de conduire de minimum 6 heures + retrait immédiat du permis de conduire pour 15 jours minimum + tribunal : amende de 2.200 à 27.500€ et déchéance du droit de conduire de 3 mois à 5 ans voire définitive
Refus de l'alcooltest ou prise de sang sans motif légitime		interdiction de conduire de minimum 6 heures + retrait immédiat du permis de conduire pour 15 jours minimum en cas de conduite dangereuse ou ivresse + en cas de renvoi au tribunal : possibilité d'amende de 1.100 à 11.500€ et de déchéance du droit de conduire

ANNEXE N° 3 : GUIDE D'ENTRETIEN

1. Identification

- Nom du service
- Coordonnées
- Personne de référence « alcool »
- Type de centre (centre de santé mentale, centre de guidance, centre médical, hôpital, service de prévention, autres ?)

2. Projet/actions spécifiques envers question alcool ?

3. Caractéristiques du public ?

- Groupe(s) d'âge(s) ?
- Caractéristiques socio-économiques ?
- Homme/femme ?

4. L'équipe : nombre de personnes, compétences mobilisées dans l'institution ?

- Equipe pluridisciplinaire ?

5. Capacité d'accueil, de suivi ?

6. Les conditions d'admission ?

- Les exigences, demandes, prescriptions ?
- Les délais (d'attente) ?
- Le temps (min/max) du suivi, de prise en charge, d'hospitalisation, ...
- L'intervention financière du patient et la prise en charge par l'Etat (INAMI, Mutuelle) ou les possibilités d'intervention d'une aide extérieure (Assurance hospitalisation ? CPAS ? fonds social quelconque...).

7. Type(s) d'approche(s) ? Les méthodes utilisées ?

- Médicale/thérapeutique ?
- Collectif/individuel ? (groupe de parole, d'aide, d'activité ? Faites-vous quelque chose au niveau de l'aide et du soutien à l'entourage, etc. ?)
- Orientation thérapeutique : Psychanalyse, systémique, comportementale ?

8. Les aspects médicamenteux du traitement/du suivi médical des usagers :

Quels types de prescriptions ? / d'indications / de recommandations ? (Abstinence exigée ?
Quels critères de compliance et/ou d'adhérence/observance du traitement exprimés ? -
explicites/implicites)

9. Les divers aspects de la prise en charge pendant le traitement ?

- Quel suivi après le traitement ?
- Orientation vers d'autres structures ?
- Quels types ? (Fréquence et type ou dimensions de l'aide les plus fréquemment sollicités et/ou nécessaires)

10. Les problèmes les plus fréquemment rencontrés ?

- Avec le public/certaines catégories d'utilisateurs ?
- Au niveau de la pratique professionnelle ?

11. Réseau ?

- Avec qui travaillez-vous le plus fréquemment et le plus étroitement ?
- Par qui les utilisateurs sont-ils habituellement orientés vers votre structure ?
- Vers qui sont-ils orientés par la suite ? (+identification des autres questions d'orientations médicale, psychologique, sociale, juridique, autres...)
- Besoin d'autres contacts ?

12. Travaillez-vous ou êtes-vous formé comme alcoologue ?

- Parmi les personnes avec qui vous travaillez, y-a-t-il un certain nombre d'alcoologues ?
- Références théoriques en terme d'alcoologie, en termes d'ouvrages, en termes de ressources ? Quelles références pratiques ?
- Qui devient alcoologue (que les psychiatres ?) Et comment devient-on alcoologue ? (formation ? expérience ?)

13. Subventions ? Qu'est-ce qui est subventionné ?

- Projet spécifique subventionné ou des tâches spécifiques ?
- Par qui/quel niveau/champ ?

ANNEXE N° 4 : FICHE SIGNALITIQUE

FICHE SIGNALITIQUE

Identification : Nom du service Coordonnées Personne de référence « alcool »	
Type de centre (centre de santé mentale, centre de guidance, centre médical, hôpital, service de prévention, autres ?)	
Projet/actions spécifiques envers question alcool ?	
Caractéristiques du public ? (groupe(s) d'âge(s) ? caractéristiques socio-économiques ? Homme/femme ?)	
L'équipe : nombre de personnes, compétences mobilisées dans l'institution (équipe pluridisciplinaire ?)	
Capacité d'accueil, de suivi ?	
Les conditions d'admission	

<p>Les délais (d'attente)</p> <p>Le temps (min/max) du suivi, de prise en charge, d'hospitalisation, ...</p> <p>L'intervention financière du patient et la prise en charge par l'Etat (INAMI, Mutuelle) ou les possibilités d'intervention d'une aide extérieure (Assurance hospitalisation ? CPAS ? fonds social quelconque...)</p>	
<p>Type(s) d'approche(s) ? Les méthodes utilisées</p> <p>Collectif/individuel ? Médical/thérapeutique ?</p> <p>Thérapeutique : Psychanalyse, systémique, comportementale ?</p> <p>Faites-vous quelque chose au niveau de l'aide et du soutien à l'entourage, des groupes de paroles ?</p>	
<p>Les aspects médicamenteux du traitement/du suivi médical des usagers :</p> <p>Quels types de prescriptions ?</p> <p>Quels types d'indications ou de recommandations ? (Abstinence exigée ? Quels critères d'adhérence/observance du traitement exprimés ? - explicites/implicites)</p>	

<p>Les divers aspects de la prise en charge avant / pendant / après le traitement ?</p> <p>Quel suivi après le traitement ?</p> <p>Orientation vers d'autres structures ?</p> <p>Quels types ?</p> <p>(Fréquence et type ou dimensions de l'aide les plus fréquemment sollicités et/ou nécessaires)</p>	
<p>Les problèmes les plus fréquemment rencontrés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec le public/certaines catégories d'utilisateurs • Au niveau de la pratique professionnelle 	
<p>Réseau :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec qui travaillez-vous le plus fréquemment et le plus étroitement ? • Par qui les utilisateurs sont-ils habituellement orientés vers votre structure ? • Vers qui sont-ils orientés par la suite ? (+identification des autres questions d'orientations médicale, psycho, sociale, juridique, autres...) • Besoin d'autres contacts ? 	

<p>Travaillez-vous ou êtes vous formé comme alcoologue ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parmi les personnes avec qui vous travaillez, y –a-t-il un certain nombre d’alcoologues ? • Références théoriques en terme d’alcoologie, en termes d’ouvrages, en termes de ressources ? Quelles références pratiques ? • Qui devient alcoologue (que psychiatres ?) • Et comment devient-on alcoologue ? (formation ? expérience ?) 	
<p>Subventions ? Qu’est-ce qui est subventionné ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projet spécifique subventionné ou des tâches spécifiques ? • Par qui ou quel niveau/champ ? 	

ANNEXE N° 5 : LISTE DES REPRESENTANTS D'INSTITUTIONS RENCONTRES

Planning des entretiens : Murielle Norro

Jeudi 19/03	15h30 : « Le médecin des étudiants » Marianne Provost (Médecin généraliste), Promenade de l'Alma 31, 1200 Bxl
Lundi 23/03	13h30 : Le Pelican, Valentine Teller (communication) et Juliet Vilet (criminologue), Bld E. Bockstal 230, 1020 Bxl
Jeudi 26/03	10h : Jette-SAT, Service d'Accompagnement pour Personnes Toxicodépendantes », Virginie Hene (psychologue), rue A. Vandenschriek 77, 1090 Bxl
Lundi 30/03	12h30 : Service de Santé mentale Primavera, Isabelle Quernette (coordinatrice), rencontre du staff, rue Stanislas Legrelle 48, 1090 Bxl
Mercredi 1/04	9h30 : SCAT – Service Communal d'Accompagnement pour Personnes Toxicodépendantes, Valérie Lambrecht (psychologue), rue du Chapelain 2-4, 1070 Bxl
Jeudi 2/04	11h30 : Clinique St-Anne-St Remi, Dr Van Wijnendaele (psychiatre), bld Graindor 66, 1070 Bxl
Mardi 7/04	14h30 : Addictions - Site St Luc, Unité de Crise, Dr Deschietere (psychiatre), Av. Hippocrate 10-2121, 1200 Bxl
Merc. 8/04	CT à « Addictions asbl » (siège social), Rue de Lantsheere 50, 1040 Bruxelles. Entretien par téléphone avec la secrétaire, Mme Geets (secrétaire).
Merc. 8/04	CT à « Babel » (service ambulatoire toxicomanies de l'Equipe), Rue des Monnaies 67, 1060 BXL (St-Gilles). Entretien par téléphone avec la coordinatrice, Mme Astrid Lionnez. Deuxième entretien téléphonique prévu le mardi 21 avril.
Jeudi 9/04	15h30 : Addictions – Site Europe-saint-Michel, Dr Hers (psychiatre), Rue de Linhout 150, 1040 Bxl
Mardi 14/04	13h30 : Croix Jaune et Blanche, Aides familiales et ménagères, réunion d'équipe, rue Malibran 53, 1050 Bxl
Merc. 15/04	10 h : Santé et Entreprise, Géraldine Deruyter, Rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles.
Jeudi 16/04	9h30 : Communauté thérapeutique du Solbosch, Delphine Devocht (A.S), AV. Adolphe Buyl 110 b, 1050 Bxl.
Lundi 27/04	15h50 à 16h25, Entretien téléphonique avec le Dr. Coustry, Clinique Sans Souci, « La retonde », Av. de l'exposition 218, 1090 Bxl
Merc. 29/04	10h : ENADEN, Laurent Wijngarden, Chaussée de Gand 1022
Lundi 4/05	10h : Liaison-Alcool, CHU St-Pierre, Frédéric Leboze, Rue Haute 322, 1000 Bruxelles.
Lundi 4/05	14h30 : Unité Assuétudes UCL/ Centre de santé mentale / réseau alcool Bxl-EST, Cédric Levaque (psychologue, psychothérapeute), Chapelles aux Champs, Clos Chapelle aux Champs 30, 1200 Bxl (Ecole de santé publique)
Lundi 11/05	12h : Hôpital St-Jean, Consultations psychiatriques, Dr Herbborn, Bld J. Botanique 32, 1000 Bxl (entrée par les Urgences, rue du Marais).
Merc. 13/05	11h : Centre de jour « L'orée », André Fryns, Av. Brugmann 146, 1190 Bxl
Jeudi 14/05	16h15 : Moncef Slama (psychologue), RAT, rue Berkendael 197, 1050 Bxl
Lundi 25/05	10h : A.A., Richard et Jacques, dans les locaux d'Infor-Drogues
Lundi 8/06	11h30 : Ambulatoire du Solbosch, Mme Mejia, Av. Adolphe Buyls 105B, 1050 Bxl

ANNEXE N° 6 : LISTE DES COORDONNEES POUR LA REGION BRUXELLOISE

REGION BRUXELLOISE

CENTRES D'INFORMATIONS GENERALES sur la santé

CLPS de BRUXELLES

Rue Jourdan 151, 1060 BRUXELLES

02/639.66.88

Mail : info@clps-bxl.org

QUESTION SANTE

Rue du Viaduc 72

1050 BRUXELLES

02/512.41.74

Mail : educationpermanente@questionsante.be

GROUPE D'ENTRAIDE

AL-ANON. ALATEEN

Rue de la Poste 111, 1030 BRUXELLES

02/216.09.08

Permanence le mardi et jeudi de 14 à 18h.

Mail : info@alanonbefr.be

Site web : <http://www.alanonbefr.be/index.htm>

ALCOOLIKES ANONYMES (A.A.)

Bureau des services généraux :

Boulevard Clovis 81, 1000 BRUXELLES

Du lundi au vendredi de 9 à 12 heures et de 13 à 16 heures ou sur rendez-vous.

Mail : bsg@alcoholiquesanonymes.be

www.alcoholiquesanonymes.be

02/511.40.30

LE PELICAN

Bd E. Bockstael 230, 1020 BRUXELLES

02/502.08.61

VIE LIBRE - Institut Saint Georges

Rue Ferdinand Kinnen, 1970 BRUXELLES (Wezembeek)

02/215.12.77

Mail : claud.foucart@skynet.be

VIVRA VERRA (groupe qui se veut non spécifique)

Rue Stanislas Legrelle 48, 1090 BRUXELLES (Jette)

02/428.90.04

Mail : ncprimavera@scarlet.be

LES SERVICES PREVENTIFS ET AMBULATOIRES

LES CENTRES DE SANTE MENTALE

A.N.A.I.S

Rue Fraikin 27, 1030 BRUXELLES

02/242.11.36

Mail : csm.anais@skynet.be

CENTRE DE GUIDANCE D'ETTERBEEK

Av. des Casernes 27, 1040 BRUXELLES

02/646.14.10

Mail : ssmetterbeek@ssmetterbeek.versanet.be

CENTRE DE GUIDANCE D'UCCLE-FOREST-WATERMAEL BOISFORT

Av. Bel Air 88, 1180 BRUXELLES

02/343.22.84

CENTRE DE GUIDANCE ULB

Rue Haute 293, 1000 BRUXELLES

02/503.15.56

Mail : centreguidance@ulb.ac.be

CENTRE DE SANTE MENTALE CHAPELLE AUX CHAMPS - UNITE ASSUETUDES. U.C.L.

Clos Chapelle-aux-Champs 30/3049, 1200 BRUXELLES

02/764.31.20 - 31.43

Mail : guim@apsy.ucl.ac.be

CENTRE DE SANTE MENTALE PRIMAVERA

Rue Stanislas Legrelle 48, 1090 Bxl

02/428.90.43 – 428.90.04

Mail : ncprimavera@scarlet.be

CENTRE DE SANTE MENTALE ANTONIN ARTAUD

Rue du Grand Hospice 10, 1000 BRUXELLES

02/218.33.76 – 218.60.45

Mail : antonin.artaud@advalvas.be

CENTRE DE PREVENTION PSYCHOSOCIALE DE LA PETITE ENFANCE ET FAMILLE

Chaussée d'Alsemberg 218, 1190 BRUXELLES

02/343.63.92

CENTRE DE SANTE MENTALE L'ADRET

Av. Albert 135, 1190 BRUXELLES

02/344.32.93

Mail : csm.adret@skynet.be

CENTRE DE SANTE MENTALE DE WATERMAEL-BOISTFORT

Av. Wiener 66, 1170 BRUXELLES

02/673.32.57 – 672.78.16

CENTRE POUR ADOLESCENTS ET ADULTES DOCTEUR E. DE GREEF
Chaussée d'Alseberg 218, 1190 BRUXELLES
02/343.16.26

CHAN-TIERS
Rue Ernest Solvay 30, 1050 BRUXELLES
02/512.41.05
Mail : christianede_vos@hotmail.com

C.G.G.Z.-BRUSSEL
Rue Emile Delva 35, 1020 BRUXELLES
02/428.90.00 – 428.99.00
Mail : cwlaken@cggz-brussel.be

CGXL – CENTRE DE GUIDANCE D'IXELLES
Département Enfants-Ados-Familles
Rue Sans Souci 114, 1050 BRUXELLES
02/515.79.01 – 647.73.91
02/515.79.10 – 513.33.73
Mail : cgxl.enfant@skynet.be

ENTR'AIDE DES MAROLLES
Rue des Tanneurs 169, 1000 BRUXELLES
02/510.01.80 – 510.01.92
Mail : entraide@entraide-marolles.be

E.T.E.A.P – Espace Thérapeutique Enfants-Adolescents-Parents
Rue Ketels 24, 1070 BRUXELLES
02/425.93.33
Mail : eteap@skynet.be

LA GERBE
Rue Thiefry 45, 1030 BRUXELLES
02/216.74.75 – 216.20.46
Mail : lagerbessm@swing.be

L'ETE A LA ROSEE – Antenne Locale du SSM l'Eté à Cureghem
Rue des Mégissiers 12, 1070 BRUXELLES
02/522.62.26 – 0494/57.79.56
Mail : etealarosee@ete.irisnet.be

L'ETE – CENTRE DE SANTE MENTALE Enfants-Ado-Familles
Rue d'Aumale 21, 1070 BRUXELLES
02/526.85.48
Mail : cte.enfants@ete.irisnet.be

L'ETE - SERVICE PSYCHO-SOCIAL D'ANDERLECHT
Rue d'Aumale 21, 1070 BRUXELLES
02/526.85.57 – 523.25.46
Mail : cte.adultes@ete.irisnet.be

LE CHIEN VERT
Rue Eggerickx 28, 1150 BRUXELLES
02/762.58.15
Mail : lechienvert@apsy.ucl.ac.be

LE GRES
Rue des Trois Ponts 51, 1160 BRUXELLES
02/660.50.73 – 660.50.74
Mail : ssm@legres.be

LE COIN DES CERISES
Rue de Heembeek 57, 1120 BRUXELLES
02/241.16.67
Mail : coindescerises@skynet.be

LE MERIDIEN
Rue du Méridien 68, 1210 BRUXELLES
02/218.56.08
Mail : lemeridien@apsy.ucl.ac.be

LE NOROIS
Rue Ernest Salu 74, 1020 BRUXELLES
02/478.82.40
Mail : lenorois@belgacom.net

LE SAS – CENTRE DE GUIDANCE D'EVERE
Rue de la Marne 85, 1140 BRUXELLES
02/242.07.63
Mail : ssmlesas@scarlet.be

PSYCAMBUS – service de Santé Mentale à l'ULB
Av. Buyl 127 C.P.184, 1050 BRUXELLES
02/650.20.25
Mail : psycampus@ulb.ac.be

PSYCHO-ETTERBEEK
Rue Antoine Gautier 106, 1040 BRUXELLES
02/735.84.79
Mail : psychoetterbeek@skynet.be

RIVAGE asbl
Quai du Commerce 7, 1000 BRUXELLES
02/550.06.70
Mail : rivage.denzaet@yucom.be

SE.SA.ME
Rue Sainte-Catherine 11, 1000 BRUXELLES
02/279.63.42
Mail : sec.cdg@brunette.brucity.be

S.S.M. – ULB Psycho-Belliard-Plaine
Bld du Triomphe CPI 254/accès 2 HB, 1160 BRUXELLES
02/650.59.84 – 650.59.26
Mail : psychobelliardplaine@ulb.ac.be

SERVICE DE SANTE MENTALE SECTORISE DE ST-GILLES
Rue de la Victoire 26, 1060 BRUXELLES
02/542.58.58

SSM UFWB – SERVICE DE SANTE MENTALE SECTORISE FOREST-UCCLE-
WATERMAEL BOISFORT
Av de Fré 9, 1180 BRUXELLES
02/375.10.06 – 375.67.63
Mail : csm.uccle@skynet.be

WOPS SSM WOLUWE-PSYCHO-SOCIAL asbl
Chaussée de Roodebeek 471, 1200 BRUXELLES
02/762.97.20
Mail : ssmwops@skynet.be

SERVICES PREVENTIFS ET STRUCTURES AMBULATOIRES SPECIALISEES EN TOXICOMANIE

AMBULATOIRE DU SOLBOSCH
Avenue Adolphe Buyl 110b, 1050 BRUXELLES
02/648.50.18
Mail : ambu.solbosch@swing.be

BABEL (Service ambulatoire de La Pièce)
Rue Hôtel des Monnaies 71, 1060 BRUXELLES
02/543.03.43 – 02/534.71.70
Mail : babel@equipe.be

CAP-ITI CENTRE D'ACCUEIL POST-PENITENTIAIRE-INFORMATION AUX
TOXICOMANES INCARCERES
Avenue Albert 29, 1190 BRUXELLES
02/538.47.90

CENTRE MEDICAL ENADEN – UNITE AMBULATOIRE de Saint-Gilles
Rue Saint-Bernard 114, 1060 BRUXELLES
02/534.63.73
Mail : centre.medical.enaden@brutele.be

CENTRE MEDICAL ENADEN - ANTENNE AMBULATOIRE de Berchem-Ste-Agathe
Chaussée de Gand 1022, 1082 Berchem-Ste-Agathe
02/ 465.64.96 – 02/465.63.90
Mail : centre.medical.enaden@brutele.be

C.L.E.S. SERVICE LE PONT
Rue Comte de Flandre 15, 1080 BRUXELLES (Molenbeek)
02/422.06.15 – 422.06.17
Mail : lepont@skynet.be

INFOR-DROGUES
Rue du Marteau 19 1000 BRUXELLES
02/227.52.52 (permanence téléphonique 24h/24)
02/227.52.61 (prévention)
02/227.52.60 (secrétariat)
Site web : www.infordrogues.be
Mail : courrier@infor-drogues.be

JETTE-SAT
Rue A. Vandenschrieck 77, 1090 Bruxelles
02/423.11.51 – 423.11.50
Mail : jettesat@skynet.be

LA PERCHE, COLLECTIF DE SANTE
Chaussée de Forest 183, 1060 BRUXELLES
02/539.15.20
Mail : mmlaperche@swing.be

LA TRACE
Rue d'Andenne 79, 1060 BRUXELLES (St-Gilles)
02/538.49.22

LE PELICAN
Boulevard Emile Bockstael 230, 1020 BRUXELLES
02/502.08.61 (9h-16h30)
Mail : asbllepelican@hotmail.com

LE PONT
Rue de l'Ecole 39, 1080 BRUXELLES
02/411.65.30

M.A.S.S., MAISON D'ACCUEIL SOCIO-SANITAIRE DE BRUXELLES
Rue de Soignies 9, 1000 BRUXELLES
02/ 505.32.90 – 505.32.97
Mail : contact@mass-bxl.be

MAISON MEDICALE ASTER
Rue des Pâquerettes 106, 1030 BRUXELLES (Schaerbeek)
02/216.12.62
Mail : asterasbl@scarlet.be

MODUS VIDENDI
Rue de Béco 67, 1050 BRUXELLES
02/644.22.00

PROJET LAMA
Rue Américaine 211-213, 1050 BRUXELLES
02/640.50.20
Mail : projet.lama@swing.be (siège social)

ANTENNES DU PROJET LAMA :
Rue Ransfort 16, 1080 BRUXELLES (Molenbeek)
02/411.51.61

Rue Gheude 49, 1070 BRUXELLES (Anderlecht)
02/524.33.52
Mail : anderlecht@projetlama.be

Rue Quinaux 19, 1030 BRUXELLES (Schaerbeek)

PROJET LAMA ANTENNE MEDECINS SANS FRONTIERES
Rue d'Artois 46, 1000 BRUXELLES
02/513.25.79

PROJET LAMA ANTENNE ESPACE P
Rue des Plantes 116, 1210 BRUXELLES
02/219.98.74

PROSPECTIVE JEUNESSE
Rue Mercelis 27, 1050 BRUXELLES
02/512.17.66

SANTE ET ENTREPRISE
Rue Mercelis 27, 1050 BXL
02/215.61.45
Mail : santeentreprise.asbl@belgacom.net

SAS - Antenne du CPAS de BRUXELLES
Boulevard de Waterloo 104, 1000 BRUXELLES

S.C.A.T.
Rue du Chapelain 2-4, 1070 BRUXELLES
02/526.11.71 – 526.16.13 (8h30-16h30)
Mail : scat@anderlecht.irisnet.be

SEPSUD. COMMUNE DE SCHAERBEEK, 1030 BRUXELLES
Place Solvay 2, 1030 BRUXELLES
02/201.65.50
Mail : sepsud@hotmail.com

TOXICOMANIE INCARCERES
Av. Albert 29, 1190 BRUXELLES
02/538.47.90

TREMPOLINE
Rue de l'Enclume 14 1210 BRUXELLES
02/230.16.06

LES STRUCTURES MEDICALES

MAISONS MEDICALES ET CENTRES DE SANTE INTEGRES

ANTENNE TOURNESOL ASBL
Rue Henri Werrie 81,1090 BRUXELLES
02/420.48.67
antenne.tournesol@skynet.be

ASTER ASBL (L') – MAISON MEDICALE
Rue des Pâquerettes 106, 1030 BRUXELLES
02/216.12.62
asterasbl@scarlet.be

C.A.P.S. CENTRE AFRICAIN – PROMOTION SANTE ASBL
Rue Longue Vie 56, 1050 BRUXELLES
02/511.58.49
caps@skynet.be

CENTRE DE SANTE DU MIROIR ASBL
Rue du Miroir 67, 1000 BRUXELLES
02/511.34.74
centre.sante.miroir@skynet.be

CITE SANTE ASBL – MAISON MEDICALE
Av. Houba de Strooper 760, 1020 BRUXELLES
02/476.00.04
atous@citesante.be

COLLECTIF DE SANTE LA PERCHE ASBL
Chaussée de Forest 183, 1060 BRUXELLES
02/539.15.20
mmlaperche@swing.be

FREE CLINIC ASBL
Chaussée de Wavre 154A, 1050 BRUXELLES
02/512.13.14
freeclinic@brutele.be

JOSEPH SWINNEN ASBL - MAISON MEDICALE « LE 35 »
Rue du Pont de l'Avenue 35, 1000 BRUXELLES
02/203.56.13
maisonmedicale.le35@tiscali.be

MAISON MEDICALE DE LA SENNE ASBL
Rue Camusel 5, 1000 BRUXELLES
02/513.57.54
mmsenne@skynet.be

MAISON MEDICALE DES MAROLLES ASBL
Rue Blaes 120, 1000 BRUXELLES
02/511.31.54
medmarolles@skynet.be

MAISON MEDICALE DES RICHES CLAIRES ASBL
Rue des Riches Claires 41, 1000 BRUXELLES
02/513.59.94
mmrichesclaires@hotmail.com

MAISON MEDICALE LE NOYER ASBL
Rue du Noyer 100, 1030 BRUXELLES
02/734.24.53
maison.medicale@lenoyer.be

MAISON MEDICALE DU MAELBEEK ASBL PROMOTION SANTE
Rue de l'Etang 131, 1040 BRUXELLES
02/649.38.55
mm.maelbeek@chello.be

MAISON MEDICALE D'ANDERLECHT ASBL
Avenue Clémenceau 98, 1070 BRUXELLES
02/521.30.44
info@mmanderlecht.be

MAISON MEDICALE DU VIEUX MOLENBEEK ASBL
Rue de la Savonnerie 7, 1080 BRUXELLES
02/410.26.15
vieuxmolenbeek@scarlet.be

MAISON MEDICALE KATTEBROEK ASBL
Avenue du Roi 24, 1060 BRUXELLES
02/469.10.17
mmkattebroek@skynet.be

M.M.E. MAISON MEDICALE ESSEGHEM ASBL
Rue Essegheem 24, 1090 BRUXELLES
02/424.25.40 – 424.00.91
mmesseghem@fmm.be

MAISON MEDICALE ASBL
Rue du Curé 9, 1190 BRUXELLES
02/376.16.82
mmf@mmforest.be

MAISON MEDICALE MARCONI ASBL
Rue Marconi 85, 1190 BRUXELLES
02/345.58.81 – 345.10.25
mm.marconi@skynet.be

SANTE PLURIELLE – MAISON MEDICALE ASBL
Rue de la Victoire 110, 1060 BRUXELLES
02/537.71.24
splurielle@fmm.be

STRUCTURES MEDICALES HOSPITALIERES

ADDICTIONS – SERVICE PSYCHIATRIQUE SITE EUROPE-SAINT-MICHEL
Rue de Linthout 150, 1040 BRUXELLES
02/737.85.60

ADDICTIONS – SITE ST-LUC, URGENCE, Unité de Crise
Av. Hippocrate 10-2121, 1200 BRUXELLES
02/764.21.21 – 764.21.17
02/764.21.75
Mail : urg.psy@clin.ucl.ac.be

CHU. BRUGMANN. INSTITUT DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE
MEDICALE
Site Victor Horta, Place A. Van Gehuchten 4, 1020 BRUXELLES
02/477.21.11 – 02/477.27.05 & 02/477.27.06

C.M.G.U. – CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE D'URGENCE
Place Carnoy 18, 1200 BXL
Tél. 02/762 82 21
Ouvert 7/7 jours de 8h30 à 20h30
Mail: CMGU@skynet.be
Tel à Cortin DUYVER : 0479/807.066

CLINIQUE SANATIA - CLINIQUE NEUROPSYCHIATRIQUE
Rue du Moulin 27-29, 1210 BRUXELLES
02/211.00.40
Mail : doc.sanatia@skynet.be

CLINIQUE SANATIA – CENTRE DE JOUR « LE CANEVAS »
Rue du Collège 55, 1050 BRUXELLES
02/645.00.70
Mail : canevas@sanatia.be

CLINIQUE SANATIA – MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES
Rue du Collège 45, 1050 BRUXELLES
02/645.00.50
Mail : info@sanatia.be

CLINIQUE SANS SOUCI (clinique privée)
Av. de l'Exposition 218, 1090 BRUXELLES
02/478.04.33
« La rotonde » (pavillon)

CLINIQUE FOND'ROY – GROUPE HOSPITALIER LA RAMEE/FOND ROY
Av. Jacques Pastur 43, 1180 BRUXELLES (Uclle)
02/375.44.93
Mail : info@fondroy.be
www.laramee.be

CHIREC – SITE DE LA CLINIQUE DU PARC LEOPOLD
Rue Froissart 38, 1040 BRUXELLES
02/287.51.11

C.H.J.T. CENTRE HOSPITALIER JEAN TITECA
Rue de la Luzerne 11, 1030 BRUXELLES
02/735.01.60

CLINIQUES DE L'EUROPE – SITE DEUX ALICE
Groeselenberg 57, 1180 BRUXELLES
02/373.45.11
Mail : info@cliniquesdel'europa.be

CLINIQUES DE L'EUROPE – SITE SAINTE-ELISABETH
Av. de Fré 206, 1180 BRUXELLES
02/373.16.11
Mail : info@cliniquesdeleurope.be

CLINIQUES SAINT-ETIENNE Cliniques S.A.
Rue du Méridien 100, 1210 BRUXELLES
02/225.91.11

H.I.S. ASSOCIATION HOSPITALIERE HOPITAUX IRIS SUD – SITE MOLIERE-
LONGCHAMP
Rue Marconi 142, 1190 BRUXELLES
02/348.51.11
Mail : ahalloy@his-izz.be

H.I.S HOPITAUX IRIS SUD SITE BARON LAMBERT
Rue Baron Lambert 38, 1040 BRUXELLES
02/739.84.11
Mail : catheline.sas/his-izz/irisdom@his.izz

HOPITAL ERASME. SERVICE DE PSYCHIATRIE, Unité Toxicomanies
Route de Lennik 808, 1070 BRUXELLES
02/384.25.93

HOPITAL DE JOUR « LE LIEU-DIT » – CLINIQUE SAINTE-ANNE-ST-REMI
Bld J. Graindor 66, 1070 BRUXELLES
02/556.55.84

INTERSTICES/LIAISON-ALCOOL C.H.U. SAINT-PIERRE
Rue Haute 322, 1000 BRUXELLES
02/535.44.66

INSTITUT J. BORDET
Rue Héger Bordet 1, 1000 BRUXELLES
02/541.31.11
Mail : direction@bordet.be

LA RAMEE
Av. de Boetendael 34, 1180 BRUXELLES
02/344.18.94
Mail : onfo@laramee.be
www.laramee.be

LE MEDECIN DES ETUDIANTS – ST-LUC
Bâtiment "La Mairie", Promenade de l'Alma 31, 1200 BXL
02/764.41.31

PARENTALITE ADDICTION - Interstices CHU-St-Pierre
Rue Haute 322, 1000 BRUXELLES
02/535.30.50

SERVICE DE PSYCHIATRIE - CLINIQUE SAINTE-ANNE-ST-REMI
Bld J. Graindor 66, 1070 BXL
02/556.51.11 (général)
02/556.50.22 (secrétariat psychiatrique)

UNITE 74 (Unité d'hépatologie) - SITE ST-LUC, URGENCE, Unité de Crise
Av. Hippocrate 10-2121, 1200 BRUXELLES
02/764.21.60

URGENCES-TOXICOMANIES. C.H.U. SAINT-PIERRE
Rue Haute 322, 1000 BRUXELLES
02/535.39.25

URGENCE, SERVICE PSYCHIATRIQUE - CLINIQUE GENERALE SAINT-JEAN
Boulevard Botanique 32, 1000 BRUXELLES
02/221.91.11.
02/221.99.81
Consultations psychiatriques (Urgences)
Mail : service-social@clstjean.be

CENTRES DE CURE ET DE POST-CURE : HEBERGEMENTS THERAPEUTIQUES ET CENTRES DE JOUR EN TOXICOMANIE

ALIZES – CENTRE DE JOUR (parents et enfants)
Rue Haute 345 1000 BRUXELLES
02/502.32.85
Parents et futurs parents toxicomanes et leurs enfants

C.A.T.S. CENTRE DE POST-CURE : CENTRE D'ACCUEIL ET DE TRAITEMENT DU SOLBOSCH (Communauté thérapeutique et maison de transition)

Av. Ad. Buyl 110b, 1050 BRUXELLES

02/649.79.01 – 02/649.29.25

Mail : lesolbosch@swing.be

CENTRE MEDICAL ENADEN – HEBERGEMENT DE CRISE

Rue Saint-Bernard 114, 1060 BRUXELLES

02/534.58.73

Mail : centre.medical.enaden@brutele.be

CENTRE MEDICAL ENADEN – HEBERGEMENT DE SEJOUR COURT

Chaussée de Gand 1018-1020-1022, 1082 BRUXELLES

02/465.63.90

Mail : sejourcourt@enaden.be

CENTRE MEDICAL ENADEN – CENTRE DE JOUR.

Av. Van Volxem 168, 1190 BRUXELLES

02/644.55.72

Mail : centredejour@enaden.be

L'OREE - CENTRE DE JOUR

Av. Brugmann 146, 1190 Bxl

02/347.57.57. et 02/347.37.64

LA CLE - CENTRE DE JOUR

Rue de l'Enclume 14 1210 BRUXELLES

02/230.26.16

LA PIECE (L'équipe asbl)

Rue des Monnaies 71, 1060 BRUXELLES

02/534.71.70

Mail : piece@equipe.be

TRANSIT

Rue Stephenson 96, 1000 BRUXELLES

02/215.89.90

Centre de jour & maison d'accueil

HEBERGEMENTS SUPERVISES

LES ANTENNES DU PROJET LAMA – RESEAU D'APPARTEMENTS SUPERVISES

Rue Ransfort 16, 1080 BRUXELLES

02/411.51.61 & 02/411.95.80

Mail : antennes.lama@coditel.net

MESIDOR asbl
Rue de l'Union 23, 1210 Bruxelles
Tél : 02/223.49.52
Fax : 02/223.49.54
Mail : messidor.sylviadimatteo@skynet.be

PROJET HESTIA
Structure d'accompagnement en appartements de transit
Rue Gheude 47, 1070 BRUXELLES
hestia@projetlama.be

ORGANISMES DE REINSERTION SOCIALE ET D'INSERTIONS SOCIO-PROFESSIONNELLES

APRES-TOUT
Rue de la Glacière 18, 1060 BRUXELLES
02/538.99.22
Réinsertion de toxicomanes par des réalisations artistiques

IMPULSION
Rue des Deux églises 126-128, 1210 BRUXELLES (St-Josse)
02/230.20.02
0473/86.55.39
Mail : impulsion@skynet.be
www.dorifor.be/organisme/impulsion

LES PETITS RIENS
Rue Américaine 101, 1050 BRUXELLES
02/537.30.26
Mail : info@petitsriens.be
www.petitsriens.be

RESEAUX DE PROFESSIONNELS

ALTO
Réseau de 600 médecins généralistes
alto@ssmg.be

PRISME Nord-Ouest
Réseau de soins à domicile
Rue A. Van Zande 64, 1082 BRUXELLES
02/478.49.55

R.A.T. - RESEAU D'AIDE AUX TOXICOMANES
Rue de la Victoire 17, 1060 BRUXELLES (St-Gilles)
02/534.87.41

Rue du Boulet 22, 1000 BRUXELLES
02/534.87.41
service actif en matière de toxicomanies/antennes à 1060, 1070 et 1210
Bruxelles

RESEAU IRIS (HÔPITAUX)
Rue Dejoncker 46, 1060 Bruxelles
02/543 78 11
Mail : iris@iris-hopitaux.be

RESEAU DEPENDANCE BRUXELLES-EST (Toxicomanie)
Rue des Palais 42, 1030 BRUXELLES
02/800 8000
www.cocof.irisnet.be

RESEAU ABC (Toxicomanie)

CONCERTATIONS/COORDINATIONS

COMMISSION CONSULTATIVE BRUXELLOISE FRANCOPHONE DE PREVENTION ET DE
LUTTE EN MATIERE DE TOXICOMANIES
Rue des Palais 42a, 1030 BRUXELLES
02/800.80.00

CONCERTATION TOXICOMANIES BRUXELLES
Quai du Commerce 7, 1000 BRUXELLES
02/289.09.60-64 & 512.38.18
coordination/information
Mail : ctb.odb@beon.be

COORDINATION DE SOINS A DOMICILE - LA CROIX JAUNE ET BLANCHE
Permanence téléphonique : 24h/24 - 7j/7
Tél. 02/647.03.66

AIDE & SOINS A DOMICILE de Bruxelles
Rue Malibran 53, 1050 Bruxelles
Tél. 02/647.03.66 - Fax. 02/648.22.12 - Du lundi au vendredi de 8h00 à 16h30
www.fasd.be/bruxelles

Pour plus d'information sur leurs services d'aide : info.bxl@fasd.be
Pour toute demande d'information relative au service de soins infirmiers : soins.bxl@fasd.be

FEDITO BRUXELLOISE
Rue du Président 55, 1050 Bruxelles
02/514 12 60
Mail : fedito@brutele.be

FEDERATION DES MAISONS MEDICALES ET COLLECTIFS DE SANTE FRANCOPHONES
Boulevard du Midi 25 boite 5, 1000 BRUXELLES
02/514.40.14
Mail : fmmscf@fmm.be

LIGUE BRUXELLOISE FRANCOPHONE POUR LA SANTE MENTALE
Rue du Président 53, 1050 BRUXELLES (Ixelles)
02/511.55.43
Mail : lbfsm@skynet.be

SOCIETE BELGE D'ALCOOLOGIE
Secrétariat : Bernard DOR
Rue du Doyard 15, 4990 LIERNEUX
Tél/Fax : 080/29.21.57

SUIVI MEDICAL ET PSYCHOLOGIQUE APRES RETRAIT DE PERMIS

AXIOS
Place de Brouckère 26, 1000 Bruxelles

**ANNEXE N° 7 : LISTE DES PERSONNES PRESENTES A LA REUNION DU
14 OCTOBRE 2009 INFOR-DROGUES ASBL**

Univers Santé :

Martin de Duve, Anne-Sophie Poncelet

R.A.P.I.D. :

Dominique Biétheres

Latitude jeunes :

Magali Wagner

Citadelle et Périscope :

Emmanuelle Doye, Julie Faucon

Infor-Drogues :

Philippe Bastin, Antoine Boucher, Murielle Norro, Noëlle Vlaeminck, Sophie Saerens

Jeunesse & Santé :

Muriel Vanderheyden

Personnes excusées :

Martine Dal (Prospective-Jeunesse)

Pascale Anceaux (Infor-Drogues)

ANNESE N° 8 : LISTE DES DISPOSITIFS « JEUNES ET ALCOOL » EN BELGIQUE ET A L'ETRANGER

Nous avons repris ci-dessous une série de dispositifs de prévention qu'il s'agisse de projets, de campagnes ou d'interventions. Il nous a paru important de montrer leur diversité en termes de contenus et de méthodologies. Nous les avons décrit de la façon la plus succincte et la plus neutre possible, tout en essayant d'épingler les aspects les plus marquants et les plus caractéristiques de leur mise en œuvre. Certains s'inscrivent clairement dans le cadre de la promotion de la santé, d'autres moins, d'autres encore sont identifiables comme des actions de prévention des nuisances, voire de prévention de la criminalité.

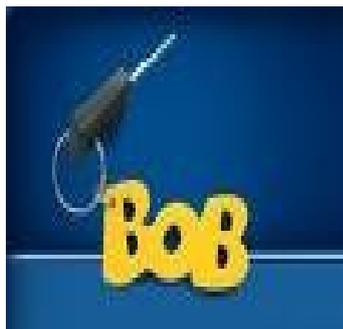
1. Actions menées en Belgique

1.1. Sécurité routière

- « Bob »²⁴⁰

Cadre général

Lancée en 1995 par l'IBSR, en partenariat avec le groupe *Arnoldus*, l'opération « Bob » a remporté un large succès auprès des jeunes. Depuis son lancement, elle est reconduite au moins une fois par an et son succès n'a cessé de croître: ce concept est aujourd'hui repris dans 17 pays d'Europe et bénéficie du soutien de la Commission européenne. Visant les jeunes au départ, la campagne s'est élargie depuis 2002 pour toucher un public plus étendu, à savoir tous les conducteurs, et « Bob » est devenu un véritable symbole qui incarne la sobriété au volant. Les campagnes successives avaient en commun le concept du conducteur désigné, l'élément de la fête et la valorisation du bon comportement ; l'approche émotionnelle et non-moralisatrice mise en œuvre a permis à Bob de ne pas perdre sa sympathie.



Actions et moyens mis en œuvre

Spot TV, affiches et affichettes, dépliant *Bob*, Internet, émissions TV, actions Horeca (affiches et autocollants exposés et disponibles dans les établissements), bus Bob, actions transports en commun (mise à disposition gratuite des transports certains soirs stratégiques).

La diffusion de cette campagne a provoqué un renforcement de la désapprobation sociale envers la conduite en état d'ivresse. Cela montre la pertinence d'une approche de prévention et de réduction des risques contextualisée impliquant différents acteurs et associée à des mesures législatives et de contrôle cohérentes.

Toutefois, l'influence de cette campagne sur les consommations d'alcool (hormis en ce qui concerne le conducteur d'un véhicule après un événement festif) est nulle, voire négative. En effet, la campagne associe systématiquement fête et consommation d'alcool. Plusieurs intervenants en santé publique se demandent d'ailleurs s'il est très cohérent de laisser ce type de campagne entre les mains des producteurs d'alcool (le groupe *Arnoldus* étant la fédération des brasseurs belges).

²⁴⁰ www.bob.be

- « *Responsible Young drivers* »²⁴¹

Cadre général

« *Responsible Young drivers* » est une initiative belge bénéficiant du soutien de la Commission européenne, dont le nom et les actions s'étendent de plus en plus en Europe et qui a pour objectif de promouvoir la sécurité routière en améliorant les comportements et mentalités des jeunes conducteurs sur le terme. Cette sensibilisation se fait par le biais d'un dialogue entre jeunes laissant de côté tout discours se voulant répressif ou moralisateur. « *Responsible Young drivers* » est structuré en antennes locales qui participent actions nationales mais qui possèdent également une certaine indépendance pour organiser des actions supplémentaires dans leur région. Pour toutes ces actions, du matériel est mis à disposition des bénévoles actifs.



long
aux

Actions et moyens mis en œuvre

« *Responsible Young drivers* » mène plus de 250 actions sur le terrain chaque année (sensibilisation lors de soirée, formation et animation dans les écoles et autoécoles ainsi qu'à destination des mouvements de jeunesse, organisation de soirées,...) et forme régulièrement des jeunes bénévoles entre 17 et 29 ans afin de mener à bien ses projets.

1.1.2. Milieu festif et débit de boissons

- « *Quality nights* »²⁴²

Cadre général

Quality nights est un projet de promotion de la santé à destination du milieu festif ayant pour objectif de favoriser le bien-être des personnes sortant dans des lieux de fête bruxellois et qui consiste à accorder un label aux lieux festifs fournissant certains services dans un optique de réduction des risques.



Actions et moyens mis en œuvre

L'engagement des organisateurs de soirée dans cette démarche est réalisé sur une base volontaire et l'adhésion à une charte « *de bien-être en milieu festif* ».

Chaque lieu labellisé offre toute une série de services, à savoir, eau potable gratuite, préservatifs et bouchons d'oreille à prix modique, informations sur la santé, alerte rapide en cas de circulation de produits à hauts risques, personnel sensibilisé,...

Certains lieux fournissent des services supplémentaires tels que l'accès aux personnes à mobilité réduite, une salle non fumeur, une salle de repos, un encadrement du retour à domicile, des stands d'informations sur les drogues, ...

Ce label, coordonné par *Modus Vivendi* (association de prévention du sida et de réduction des risques liés à l'usage de drogues), existe depuis bientôt deux ans, et, au vu de son bilan positif, *Quality Nights* sera lancé fin 2009 en Région Wallonne dans le Tournaisis.

²⁴¹ www.ryd.be

²⁴² www.qualitynights.be

- « *L'éléphant rose* »

Cadre général

Il s'agit d'une campagne de sensibilisation menée lors du carnaval d'Alost par la section prévention de la police ayant pour objectif de sensibiliser les jeunes aux dangers d'une consommation excessive d'alcool et véhiculant le message qu'on peut également s'amuser sans boire (beaucoup) d'alcool.

Actions et moyens mis en œuvre

Afin de promouvoir cette campagne, la police a fait apposer des éléphants roses, symbole choisi par l'association *Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen* (VAD), dans les rues, les écoles et les bars de la localité. Des autocollants à l'effigie de cette campagne ainsi que des sifflets éléphant rose ont également été mis à disposition dans les commerces, les établissements Horeca et au service prévention de la police. Ce symbole a également été repris par des associations et des écoles réalisant des actions de prévention qui encouragent les jeunes à participer à un concours et dispensent leur propre prévention basée sur l'éléphant rose.

Le site néerlandophone www.bekijkheteensnuchter.be propose des conseils pour faire la fête sans boire.

Une brigade "*Whisky*" composée d'inspecteurs de la police locale mènent des contrôles dans les commerces pour vérifier qu'ils ne vendent pas l'alcool aux mineurs ni aux jeunes qui auraient déjà trop bu.

1.3. Prévention dans les écoles

Les programmes de prévention primaire menés dans les écoles s'inscrivent dans une démarche socio-éducative basée sur le développement des aptitudes personnelles face aux influences sociales et environnementales, aux problèmes existentiels et aux conflits, à la gestion de la pression et du stress, ...

Ces programmes tendent à favoriser le développement d'un bien-être « sain » ainsi que la possibilité de s'amuser, de se détendre sans avoir recours à des produits pouvant engendrer des nuisances pour la santé. Néanmoins, l'efficacité de tels programmes est difficile à évaluer étant donné que leurs impacts potentiels s'établissent dans le long terme et que ceux-ci dépendent du parcours de chaque individu.

1.3.1. Au niveau national

« *Mon Engagement pour Garantir l'Avenir/Mijn Eigen Goede Antwoord* »
(M.E.G.A)²⁴³

Cadre général

Il s'agit d'un programme d'activité à destination des élèves de cinquième et sixième année de l'enseignement primaire et première année de l'enseignement secondaire qui s'inspire d'un plan de prévention en application aux Etats-Unis, depuis 16 ans, sous l'appellation *D.A.R.E. (Drug Abuse Resistance Education)*. Ce label et toutes les démarches qui y sont associées concernent 76 pays.

En Belgique, ce programme a été mis en œuvre par les polices fédérale et locale en partenariat avec la Fondation Rodin (disparue depuis).

Outre les enseignants, le programme souhaite mobiliser d'autres acteurs du monde éducatif : parents et les centres P.M.S. Ceci, afin que les enfants puissent questionner aussi bien leurs parents que les professeurs sur les thèmes abordés.

²⁴³

<http://www.restode.cfwb.be>

Actions et moyens mis en œuvre

En collaboration avec la Police, les élèves de 5^{ème}, 6^{ème} primaires et 1^{ère} secondaire reçoivent une série de 10 leçons de sensibilisation et réflexion assurées en partie par des inspecteurs de police spécialisés qui abordent divers thèmes tels que la consommation et l'abus de substances tant légales (alcool, cigarettes, boissons énergisantes, médicaments,...) qu'illégales (drogues), les brimades, l'agressivité, les pressions, le stress, la violence,...

Des actions préventives sont réalisées dans le but d'influencer le comportement des jeunes en développant des attitudes spécifiques par rapport à l'abus d'alcool et aux comportements à risque, en d'autres termes, il s'agit d'intervenir sur les comportements des jeunes en renforçant leurs sentiments personnels d'efficacité et d'estime de soi.

Les parents sont mis au courant du programme lors d'une soirée de contact.

Au terme de la session, des questionnaires sont complétés par les enfants et leurs parents afin d'évaluer l'impact de l'expérience et permettre d'apporter les ajustements nécessaires.

Le programme M.E.G.A. suscite de nombreuses oppositions tant de la part d'acteurs de prévention des assuétudes²⁴⁴ que du monde scolaire²⁴⁵. Au niveau des arguments développés à l'encontre de ce programme, nous reprendrons (en partie et pour exemple) ceux du Conseil Supérieur de la Guidance PMS dans son avis n°19 du 3 juin 2008 :

- l'objectif de dire NON aux drogues ne peut être accepté étant donné son caractère illusoire ;
- le programme MEGA ne différencie pas assez la répression de la prévention, à ce titre il peut entraîner de la confusion dans la compréhension du rôle de policier dans la société ;
- MEGA joue dangereusement avec les codes de déontologie en invitant l'élève à la confiance alors que le policier n'est pas tenu au secret professionnel.

En conclusion le Conseil supérieur émet le souhait que les CPMS ne soient pas associés au programme MEGA.

- « *Leefsleutels* » (Flandre) / « *Clé pour la jeunesse* » (Bruxelles/Wallonie)²⁴⁶

Cadre général

Il s'agit de programmes pédagogiques (inspirés du programme *skills for life*) à destination des écoles (enseignants, directeurs, éducateurs, agents PMS/IMS, AMO, ...).

Ces programmes mettent l'accent sur la prévention des déviations en travaillant les compétences sociales et émotionnelles dans le but de favoriser le bien être socio-affectif des enfants et adolescents et de permettre aux jeunes de faire des choix responsables et constructifs, défendre leurs opinions, renforcer la confiance en soi, réfléchir aux risques et aux conséquences de certains comportements, ...

Actions et moyens mis en œuvre

L'asbl conçoit des outils adaptés à l'enseignement fondamental et l'enseignement secondaire et propose des formations à destination des adultes relais afin que ceux-ci puissent s'approprier ces outils.

²⁴⁴ Voir à ce propos les prises de positions répétées des fédérations wallonne et bruxelloise des services d'aide et de prévention (FEDITO wallonne et bruxelloise).

²⁴⁵ Ainsi la circulaire 1552 du 19/07/06 du gouvernement de la Communauté française relative à la prévention des assuétudes en milieu scolaire précise bien que « En toute logique, le recours aux forces de l'ordre doit être exclu du projet de prévention des écoles. »

²⁴⁶ www.leefsleutels.be / www.clefspourlajeunesse.be

1.1.3.2. En Belgique francophone

« *Agir avant 12 ans* »²⁴⁷

Cadre général

Ce programme à destination des 6-11 ans couvre 84 communes de la province de Liège et a pour ambition de faire participer activement les acteurs éducatifs à une stratégie de prévention à partir d'un intérêt personnel en privilégiant la pluralité des méthodes.

Ce programme qui place l'individu au centre de la réflexion poursuit de nombreux objectifs, à savoir, sensibiliser l'entourage à la nécessité de la prévention, développer chez les parents des aptitudes éducatives pertinentes par rapport aux consommations, renforcer les capacités des jeunes à se comporter de manière responsable face aux assuétudes et à réduire les consommations abusives.

Actions et moyens mis en œuvre

Edition de différentes brochures régulièrement remises à jour, organisation de journées d'études, de formations, semaine provinciale de prévention des Assuétudes, soutien de différents projets en matière d'information et de prévention des assuétudes (soirées à l'intention des parents, activités au sein d'écoles et de communes...), mise à disposition d'outils de prévention.

« *Atouts, joker et compagnie* »²⁴⁸

Cadre général

Ce projet socio-éducatif de l'équipe du *Service du Contrat de Sécurité et de Société* de la ville de Verviers à destination des enfants à partir de huit ans aborde les thèmes des assuétudes, de la violence et du racisme.

Ce programme gratuit a pour principe d'encourager chacun à mener une réflexion autour de ces trois thèmes afin de mieux communiquer et vivre en société; en d'autres termes, il s'agit d'établir un contact efficace avec un grand nombre de jeunes dans le but de faire émerger leurs compétences en matière de gestion des émotions et des conflits afin qu'ils deviennent des acteurs de prévention au sein de leur propre milieu de vie.

Actions et moyens mis en œuvre

Ce programme est constitué de quatre modules adaptés à quatre publics différents, à savoir, les enfants de 8 à 12 ans, les adolescents, les éducateurs-acteurs de prévention et les adultes.

L'équipe propose des modules de formation comprenant des jeux, un travail de réflexion, des débats et des projets d'école tels que la mise en place d'une structure, d'une activité, l'organisation d'une journée santé,...

La valisette du CCAD ainsi qu'une cassette vidéo « *La bande à Simon* » sont mises à disposition des structures désirant mettre en place le programme, et les outils peuvent être utilisés tels quels ou adaptés.

²⁴⁷ <http://social.prov-liege.be>

²⁴⁸ www.verviers.be

« Campagne de prévention alcool en milieu scolaire »²⁴⁹

Cadre général

Il s'agit d'une campagne mise en place par l'association « *Vie Libre* » (association d'alcooliques abstinents et de bénévoles militants pour la promotion d'une vie sans alcool) en 2000 destinée aux jeunes des milieux sensibles.

L'objectif est, d'une part, de sensibiliser les jeunes aux dangers associés à une consommation régulière d'alcool ainsi qu'aux dangers susceptibles de faire leur apparition lors d'événements festifs, et, d'autre part, de leur apprendre à gérer leur consommation d'alcool et à adopter une certaine hygiène de vie.

Actions et moyens mis en œuvre

L'association organise des séances d'information au sein des écoles au cours desquelles trois questionnaires différents sont distribués aux élèves : un en début de séance, un second après le visionnage du film ("*Sans alcool, les mecs*" de l'IBSR pour les élèves de secondaire ou le dessin animé "un verre à la main" pour ceux de primaire), et un troisième en fin de séance (après le témoignage d'une personne alcoolique abstinente).

« *Diabolo manques* »²⁵⁰

Cadre général

Ce programme, organisé par la *Maison du social de Liège* et destiné aux jeunes âgés de 12 à 15 ans, est le prolongement du programme « *Agir avant 12 ans* » et consiste en une exposition itinérante qui a pour but d'inciter les jeunes à entrer dans un processus d'échange et de réflexion portant sur les assuétudes et favoriser ou renforcer la mise en place d'un projet d'école relatif à l'information et à la prévention des assuétudes.

Ce programme se fait uniquement à la demande des écoles ou des professeurs motivés par la démarche et nécessite une association active entre professeurs et élèves afin d'établir les actions à réaliser.

Actions et moyens mis en œuvre

Une valisette contenant des documents pédagogiques est à la disposition des enseignants et des intervenants de terrain. De plus, un accompagnement des enseignants et des élèves est réalisé par des intervenants de terrain avec qui la Commission provinciale de prévention des assuétudes collabore avant, pendant et après la visite du bus. En effet, le bus seul ne suffit pas, et doit être intégré dans une démarche plus vaste.

« *No problemo* »²⁵¹

Cadre général

Il s'agit d'un programme de prévention pour les jeunes de 15 à 17 ans créé par Luc Billion de l'asbl *Prométhée* en 1996. Il porte sur les problèmes auxquels sont confrontés les adolescents tels que les drogues et autres comportements à risque.

Le programme prévoit de visionner une cassette vidéo de 26 minutes reprenant une tranche de vie d'un groupe d'adolescents et la manière dont ils sont susceptibles d'être exposés à différents produits. La vidéo est suivie d'une ou plusieurs animations pour lesquelles idées et lignes de conduite sont données dans la farde « *No Problemo* ».

Actions et moyen mis en œuvre

²⁴⁹ <http://home.scarlet.be>

²⁵⁰ <http://social.prov-liege.be>

²⁵¹ www.rodin-foundation.org

Afin de réaliser ce programme, une farde contenant un support audiovisuel (moyen métrage de fiction) ainsi que des suggestions d'exploitation à intégrer dans une approche globale de prévention et de développement affectif et social est mise gratuitement à disposition des structures intéressées. Il est conseillé de regarder la cassette vidéo et de reprendre ensuite les scènes qui ont touché les adolescents. Le guide mentionne des suggestions d'exploitation à intégrer dans une approche globale de prévention et de développement affectif et social.

1.1.3.3. En Belgique néerlandophone

« *Drug Preventie Project* » (DPP)²⁵²

Cadre général

Ce programme est destiné aux élèves de sixième primaire et a pour objectif de développer chez l'enfant des aptitudes sociales et émotionnelles par le biais de cours portant sur l'alcool, les médicaments, le tabac ainsi que sur les comportements qui y sont associées.

Lancé en 1994 par la police de Brecht, ce projet associe maintenant les corps d'autres communes participantes (notamment Zottegem).

Action et moyens mis en œuvre

Une très grande attention est accordée à l'implication des parents dans le programme et une soirée est organisée à leur attention avant le lancement du projet afin de les informer quant au contenu des leçons, répondre à leurs questions, les sensibiliser en ce qui concerne la consommation de drogues tout cela pour leur permettre de collaborer positivement au programme.

Ensuite, des cours sont dispensés aux élèves par l'enseignant et les services de police.

Enfin, les élèves assistent au témoignage d'un ancien toxicomane à qui ils peuvent adresser leurs questions.

« *Drugbeleid op school* »²⁵³

Cadre général

L'objectif de ce programme est de soutenir les écoles dans le développement d'une politique en matière de drogues à travers des activités basées sur le transfert de connaissance. Ces activités, encadrées par un spécialiste de la prévention, nécessitent l'implication de tous les partenaires que ce soit les enfants, les parents ou les enseignants et viennent s'intégrer dans une politique de bien-être.

Ce projet est réalisé par l'association *Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen* (VAD) en collaboration avec des spécialistes de la prévention liés aux centres de santé mentale. Des organisations flamandes de coordination sont également étroitement impliquées.

Actions et moyens mis en œuvre

La mise en place de ce programme consiste en l'organisation de séminaires et d'ateliers.

« *Contactsleutels/Het gat in de haag* »²⁵⁴

Cadre général

Ce programme intervient par rapport aux aptitudes émotionnelles et sociales à travers différents cours dont un est consacré spécifiquement à l'alcool. Pour ce faire, ce programme nécessite l'implication des parents à l'attention desquels des ateliers sont organisés.

Actions et moyens mis en œuvre

²⁵² www.politie-voorkempen.be

²⁵³ www.desleutel.be

²⁵⁴ www.desleutel.be

Des cours de base et à thèmes concernant les aptitudes émotionnelles et sociales, ainsi que des cours sur les produits sont organisés.

Pour ce faire, des formations ainsi qu'un appui à l'implémentation du projet sont proposés aux structures souhaitant mettre en place cette initiative, et un dossier de travail et du matériel pour les élèves sont mis à disposition.

« *Bekijk het nuchter* »²⁵⁵

Cadre général

Il s'agit d'une campagne organisée par l'association *Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen* (VAD) et qui consiste à sensibiliser et informer le grand public ainsi que certaines tranches d'âges spécifiques quant aux problèmes liés à la consommation d'alcool.

Actions et moyens mis en œuvre

Cette campagne est subdivisée en plusieurs sous-campagne s'adressant à des publics différents: «A cool world» vise les jeunes de 10 à 15 ans, «*Gratis drank*» est destinée aux 16-25 ans, et «*Boodschap in een fles*» aux 26-45 ans avec une attention particulière en direction des femmes, des travailleurs, du sport et des consommateurs problématiques.

Une action intitulée «*Als je ouders drinken*» a également été mise en place à destination des enfants dont les parents rencontrent des problèmes d'alcool.

1.1.4. Dispositif de prévention participatif

- « *Initiatives étudiantes dans une perspective de santé globale* »²⁵⁶

Cadre général

Dans le cadre d'initiatives de sensibilisation du milieu étudiant sur la problématique alcool en octobre 2003 à l'*Université Catholique de Louvain*, différentes actions ont été menées avec pour objectif d'initier à un changement de mentalité.

Actions et moyens mis en œuvre

Une charte qui encadre les animations sur les deux sites de l'*Université Catholique de Louvain* qui a pour objectif de permettre à l'activité étudiante de se développer tout en évitant les débordements et désagréments qui mettraient en péril le devenir de « vivre ensemble » sur le site universitaire.

Les organisateurs de soirée utilisent notamment la presse estudiantine pour faire passer des messages de prévention dont le ton ne se veut ni moralisateur, ni accusateur afin de leur faire comprendre que l'on peut « consommer » autrement que par l'excès.

Les quinzaines de la bière qui permettent aux étudiants de se rendre dans les cercles étudiants afin de consommer différemment, à savoir, apprécier le « produit » consommé d'une autre façon plutôt que de « boire pour boire ».

Des stages de prévention routière sont proposés par le groupement des cercles louvanistes afin de rappeler aux étudiants, les bons gestes et attitudes à adopter pour être un bon conducteur. Une grande partie du stage est consacrée à exposer les effets occasionnés par l'alcool sur la conduite (réflexes, perception des distances,...). Les étudiants peuvent aussi apprécier ce que représente la consommation d'une certaine quantité de bière en gramme dans le sang à l'aide d'un éthylotest et participer à des stages pratiques de maîtrise routière.

²⁵⁵ www.bekijkheteensnuchter.be/

²⁵⁶ www.uclouvain.be

La semaine « prévention alcool » qui consiste en l'organisation d'activités inter-facultaires ayant pour but de sensibiliser aux effets de la consommation d'alcool en fonction des études poursuivies par les étudiants (par exemple, organisation d'une conférence et d'une exposition sur les effets de l'alcool sur le physique des individus et des athlètes de haut niveau ainsi que sur les interactions que la consommation d'alcool peut avoir avec les médicaments par les étudiants des cercles de médecine, d'éducation physique, de sciences et de pharmacologie, mise en évidence des campagnes et stratégies utilisées par les brasseurs et autres producteurs d'alcool pour écouler leurs produits sur nos marchés par les étudiants des cercles de sciences économiques, sociales et politiques et de psychologie²⁵⁷).

Parallèlement à cette action qui a permis de toucher les étudiants en fonction de leurs intérêts, une campagne MST a également été mise en place afin de prévenir des comportements sexuels à risque (oubli du port du préservatif, ...) qui peuvent survenir lors d'une consommation excessive d'alcool et de sensibiliser aux effets de l'alcool sur le comportement des individus.

Ce type d'approche, qui se distingue de ce que l'on peut observer dans les grandes campagnes de masse permet d'une part, de sensibiliser l'étudiant à la consommation d'alcool et surtout à ses effets néfastes et d'autre part, de favoriser un intérêt général au programme.

1.1.5. Outils pédagogiques, éducatifs et tests en ligne

▪ « *Sacado* »²⁵⁸

Le « *Sacado* » se compose de deux grands sacs de voyage qui contiennent au total sept sacs à dos se caractérisant par une couleur spécifique et une brève inscription. L'assemblage des sept sacs forme un tout : le bonhomme santé.

Chacun contient dans ses multiples poches des indices (étiquette, une pyramide illustrant des actions, quatre objets). Chaque sac à dos est conçu comme une énigme à déchiffrer.

Sept thèmes de la santé y sont abordés : trouver son image (les marques, le look), surmonter des situations particulières (Sida, drogues, argent, problèmes familiaux), entrer en relation (se faire des amis, les secrets, partager des moments, l'écoute), trouver son équilibre (être bien dans sa peau et dans sa tête, faire ce qu'on aime), construire son espace (la maison, la tranquillité, se protéger), s'échapper au quotidien (les loisirs, échapper au stress, la douceur), avoir de grands rêves (les voyages, l'imagination, la créativité).

L'outil « *Sacado* » est un outil de promotion de la santé créé par l'association Educa-Santé.

Cet outil, utilisé lors d'animations en classe, permet d'intégrer la promotion de la santé dans le quotidien du jeune.

Une participation active des enfants est nécessaire à la réussite de l'activité.

▪ « *Accro moi, non plus...* »²⁵⁹

« *Accro moi, non plus...* » est un outil interactif destiné aux jeunes de 14 ans et plus élaboré par l'organisation de jeunesse *Latitude Jeunes* comprenant un CDrom, une exposition interactive, un site Internet et un dossier pédagogique. Cet outil, à travers une approche globale et comportementale des dépendances, vise à faire réfléchir les jeunes sur les choix qu'ils font dans les situations difficiles qu'ils rencontrent, dédramatiser la consommation générale sans la banaliser, les informer sur les assuétudes en général et certains produits en particulier, aborder les problèmes qui les concernent sur dans leur vie de tous les jours, et identifier les ressources qui peuvent leur venir en aide dans



²⁵⁷ <http://www.educationsante.be>

²⁵⁸ <http://www.promotionsante.info>

²⁵⁹ <http://www.ifeelgood.be>

▪ « *Je fume, je bois, j'anime* »²⁶⁰

Conçu par les *Guides catholiques de Belgique (GCB)* en 2002, cet outil se présente sous la forme d'un dossier pédagogique de 69 pages augmenté de 14 fiches d'information et 28 fiches d'activités. « *je fume, je bois, j'anime* » est un programme de formation à destination des « adultes relais » (à partir de 15 ans) tels que les animateurs de mouvements de jeunesse. Il a pour objectif que ceux-ci s'interrogent et acquièrent une gestion correcte de leur consommation de tabac et d'alcool lors de leurs activités et animations, en mettant à leur disposition des techniques et outils favorisant l'éducation par l'action et le jeu.

▪ « *Stop ou encore* »²⁶¹

A l'initiative d'Infor-Drogues « *Stop ou encore ?* » a vu le jour grâce au soutien du Fonds de lutte contre les assuétudes du ministère de la Santé publique et s'adresse spécifiquement aux personnes désireuses d'évaluer leur consommation.



Cette série de tests en ligne à destination des adultes portant sur l'alcool, le speed, la cocaïne, les somnifères, l'ecstasy, le cannabis, internet et les jeux d'argent, permet aux internautes de déterminer si leur consommation est problématique ou non. Les tests proposés ont été élaborés par l'association néerlandaise *Jellinek*, à l'exception du test sur l'alcool créé par l'*Organisation mondiale de la santé (OMS)*, et de celui sur la dépendance à internet dont le texte original, en anglais, peut être consulté sur le site

www.netaddiction.com. Infor-Drogues s'est chargé d'adapter les tests et de créer le site www.stopouencore.be pour la Belgique francophone. Une version néerlandophone est également disponible sur le site de *Druglijn* (www.hoeveelsteveel.be).

A la fin du questionnaire, l'internaute obtient un score chiffré associé à un niveau de risque ainsi qu'un avis et des conseils par rapport à son résultat.

▪ « *Quandjebois.be* »²⁶²

Le site www.quandjebois.be propose des informations et conseils relatifs à la consommation d'alcool ainsi que des témoignages, nouvelles, et cartes électroniques sur ce sujet. Un test en ligne sur l'alcool que l'internaute peut faire soit pour lui-même soit pour quelqu'un d'autre est aussi disponible.

A la fin du questionnaire, l'internaute reçoit un récapitulatif de ses résultats ainsi que des informations et des conseils associés à ceux-ci.

Notons que ce site internet est une initiative de la société pharmaceutique Merck, qui, par ailleurs, commercialise un médicament proposé par ce même site...

▪ « *Mille facettes* »²⁶³

Conçu par l'asbl Nadja, « *Mille Facettes* » est un outil pédagogique dont la forme souple, attractive et évolutive constitue un appui pour accompagner les adultes dans leur rôle d'acteurs de prévention en matière d'assuétudes. Il est conçu pour permettre à l'animateur de choisir le thème à débattre en fonction de ses préoccupations et de celles des jeunes.

²⁶⁰ <http://www.guides.be>

²⁶¹ www.stopouencore.be

²⁶² www.quandjebois.be

²⁶³ <http://www.nadja-asbl.be>

Chacun des thèmes est expliqué pour l'animateur et précise les objectifs de l'animation. L'animateur a toujours le choix entre plusieurs fiches-outils détaillées qui lui permettront d'aborder ces thèmes en animation.

La brochure théorique aborde les connaissances nécessaires concernant :

- la problématique des assuétudes, à savoir les différents facteurs impliqués dans l'interaction « Produit – Individu – Environnement » se basant sur le fait que tous les comportements que nous adoptons (dont la consommation de Produits) sont en lien avec ce que nous pensons et ressentons (notre Individualité), ils témoignent de ce qui est important pour nous, à un moment précis, dans un contexte donné (Environnement).
- la démarche préventive appliquée aux assuétudes dans une optique de promotion de la santé, à savoir, en agissant sur les différents facteurs (comportementaux et environnementaux) qui la détermine. Dans cette optique, la santé n'est pas synonyme d'absence de symptômes, de maladies mais d'un équilibre et d'une harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques, sociales). Cet équilibre suppose la satisfaction des besoins fondamentaux (nourriture, toit, éducation, liens affectifs, insertion sociale,...) et l'adaptation sans cesse réajustée à un environnement en perpétuelle mutation.
 - les règles de base de l'utilisation des outils de prévention.

La partie pratique est constituée de 4 grands thèmes qui peuvent être abordés de deux manières :

- soit en partant directement des 4 grandes classifications des produits psychotropes évoquées par la documentation spécialisée (classification selon les effets psychiques, physiques qu'ils procurent ; selon la dépendance psychique, physique, la tolérance qu'ils déclenchent ; la classification drogues dures et douces qui débouchent sur la notion d'usage dur et doux ; la classification selon le statut légal). Elle souligne les problèmes inhérents à ces classifications, pour déboucher sur les facettes de l'expérience humaine qui y sont liées.
- soit en partant de 4 facettes de l'expérience humaine pour y inscrire la consommation de drogues et les assuétudes (la recherche de la modification de conscience, la dépendance, la prise de risques, le rapport au groupe, aux normes, à la société).

Les fiches-outils, quelle que soit le thème abordé, ont une structure identique :

- présentation du matériel
- mise en situation: les jeunes expérimentent en sous-groupes
- expression en grand groupe: les jeunes confrontent leurs points de vue; chacun explique ses choix. Les jeunes échangent leurs solutions
- élargissement: les jeunes débattent avec l'animateur d'autres situations non-évoquées au cours de l'animation. On élargit à d'autres contextes
- évaluation de l'animation par l'animateur
- pont vers le futur: l'on voit comment transférer les nouveaux acquis dans d'autres contextes, à l'avenir
- feuille de route: cheminement personnel du jeune.

1.1.6. Dispositifs d'accueil, d'aide et de soutien

- « *Infor-Drogues* »²⁶⁴

« Infor-Drogues » est une association offre de l'information, de l'aide, des conseils à tout un chacun confronté d'une façon ou d'une autre, de près ou de loin, à la problématique des drogues.

De manière générale, Infor-Drogues vise à ce que les jeunes et les adultes développent une prise de conscience et une connaissance critique des réalités de la société afin de mieux comprendre les phénomènes d'assuétudes et d'usages de substances psychoactives. Infor-Drogues offre également de l'information sur des substances psychoactives et des phénomènes d'assuétudes. L'association propose des consultations et un accompagnement à toute personne. L'association garantit l'anonymat des personnes et la confidentialité des informations recueillies au travers des différents services qu'elle propose, à savoir :

- Une permanence téléphonique ouverte 24h/24 et 7 jours sur 7 à toute personne (jeune, adulte, usager de drogues, proche d'usagers, professionnel) qui souhaite parler et/ou poser des questions à propos des drogues et de leurs usages.
- Un service de consultations accueillant les usagers et/ou leur proches de manière ponctuelle ou à plus long terme.
- Un service de prévention pluridisciplinaire qui propose aide et soutien sous forme de séance d'information et de sensibilisation, d'accompagnement d'équipe ou de projet, individuel ou collectif.
- Un service de documentation tout public proposant plus de 2000 livres, articles, revues, vidéos et outils, pouvant être consulté sur place et/ou prêté.
- Un service de communication réalise des campagnes de communication (tracts, affiches, cartes postales, etc.) à destination du grand public ou de publics particuliers. Il effectue un travail important vis-à-vis des médias en prenant position sur des éléments relatifs à la thématique et tente de réagir aux actualités jugées contre-productives en matière de santé et/ou de représentations. Il assure également une mission de diffusion de l'information par le biais de l'édition de brochures telles que "*Un autre regard sur les drogues*" destinée aux adultes et aux jeunes et conçue pour être utilisé comme outil pédagogique. Il collabore avec toute institution désireuse de produire de l'information sur ce thème ou une campagne de communication.
- L'association est aussi engagée dans le domaine de la réduction des risques en collaboration avec d'autres associations dans divers projets tels que la réalisation de brochures d'information sur différents produits dans une perspective de réduction des risques à destination des usagers de drogues et en collaboration avec d'autres services actifs en toxicomanie,... et la participation à différentes commissions et groupes de travail consacrés à des thématiques relatives à la santé et à diffuser ses acquis aux acteurs concernés.

Elle est de plus en plus sollicitée pour des missions d'expertise.

²⁶⁴ <http://www.infordrogues.be>

▪ *Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen*²⁶⁵ (VAD)

La VAD coordonne les institutions et associations de Flandre qui s'occupent des problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues. Toutes les études, actions de prévention et actions d'assistance flamandes autour du thème des drogues, des médicaments et de l'alcool sont dirigées par la VAD. Elle est active en matière :

- de prévention en assurant un réseau uni de travailleurs de prévention, une collaboration optimale des différents intermédiaires ainsi que leur instruction et leur formation, l'information par le biais de différents canaux, l'élaboration, la distribution, l'installation et la mise à l'épreuve de nouveaux modèles et concepts de prévention, une fonction de signal vis-à-vis des pouvoirs publics concernant les problèmes sur le terrain ;
- d'accueil en offrant une plate forme de discussion et de concertation. De cette manière les expériences sont partagées, les nouveaux développements sont transmis au terrain, en encourageant et soutenant la formation de réseaux, en proposant et coordonnant les formations, en suivant les nouveaux développements tant en terme de gestion que de modèles, schémas d'utilisation et méthodes de traitement ;
- de travail de recherche en effectuant des travaux d'étude et de recherche et indiquant les lacunes, en encourageant l'étude et la recherche par des contacts étroits avec les universités et institutions de recherche, en signalant aux pouvoirs publics et autres instances officielle où pourraient se situer les éventuels problèmes et offrir une plate-forme pour y remédier, en surveillant étroitement l'efficacité de la prévention et des secours, en incitant les différentes instances à utiliser des méthodes d'enregistrement claires et univoques en publiant annuellement nombre de chiffres concernant les problèmes d'alcool et d'autres drogues),
- de permanence téléphonique : la "*Druglijn*", constituée par quatre collaborateurs fixes et une quinzaine de collaborateurs volontaires et accessible chaque jour ouvrable de 12 à 21 heures et le samedi de 15 à 21 heures au numéro vert 078/15.10.20 ;
- de centre de documentation : la bibliothèque spécialisée est ouverte chaque mardi et mercredi de 10 à 16 heures. Elle répertorie un grand nombre de travaux généraux et spécifiques concernant les problèmes d'alcool et d'autres drogues et est par ailleurs affiliée à un réseau international de bibliothèques. Elle est aussi abonnée à diverses revues spécialisées.

1.1.7. Autres

▪ « *Biblio-drogues* »²⁶⁶

Biblio-drogues est une base de données répertoriant les ouvrages disponibles dans les centres documentaires des asbl *Prospective Jeunesse*, *Infor-Drogues* et *Nadja* qui permet de localiser les documents disponibles au sein de la thématique des dépendances.



Les livres, articles, outils pédagogiques... recouvrent la thématique des dépendances au sens large, à savoir : produits légaux et illégaux, dépendance sans produit (jeux, internet...) prévention, historique, données sociologiques, anthropologiques et économiques, traitement, législation, réduction des risques...

Ce service s'adresse à tous les publics : usagers, parents, enseignants, étudiants, média, professionnels et futurs professionnels du secteur psycho-médico-social, de la justice, de la jeunesse, de la culture et des loisirs... qui peuvent bénéficier d'un soutien dans la recherche de documents et la réalisation de leurs dossiers, travaux de fin d'études, projet pédagogique,...

²⁶⁵ <http://www.vad.be>

²⁶⁶ www.biblio-drogues.be

▪ « *Jeunes et alcool* »²⁶⁷

Depuis quelques années, on observe une plus grande expérimentation de l'alcool chez les plus jeunes et des pratiques de consommation parfois à haut risque. D'abord répandu dans les pays anglo-saxons, le phénomène de « Binge-drinking », autrement dit une consommation occasionnelle mais surtout excessive d'alcool dans le but d'atteindre au plus vite l'ivresse, est également en augmentation partout en Europe. Par ailleurs, les pratiques commerciales des producteurs à l'égard des jeunes se modifient également.

C'est pourquoi neuf partenaires issus de la santé, de l'éducation et de la jeunesse ont décidé de constituer un Groupe, afin de développer réflexions et actions pour une consommation plus responsable et moins risquée d'alcool par les jeunes.

Le travail en partenariat du groupe porteur « *Jeunes et Alcool* », piloté par l'asbl *Univers Santé*, a permis de recenser un grand nombre d'outils, et de créer des outils spécifiques comme la brochure « Les publicitaires savent pourquoi ». Le catalogue de ces outils est disponible sur le site du groupe, www.jeunesetalcool.be ainsi que de la documentation sur la thématique (ressources sur le thème des assuétudes, actualité sur la thématique, ...).

▪ « *Le Labyrinthe des Toxicomanies* »

Le labyrinthe des toxicomanies est un projet pilote européen en matière de prévention de la criminalité, ouvert depuis 1998 avec environ 28.000 visiteurs à son actif.

Cette action de prévention a pour objectif de:

- sensibiliser les jeunes à la problématique des toxicomanies
- corriger les informations que beaucoup tiennent pour réalité
- informer sur l'actualité de la législation
- conscientiser les professeurs quant au rôle qui peut être le leur en matière d'éducation à la santé et de prévention des toxicomanies
- compléter et enrichir la vision de professionnels concernés (médecins, pharmaciens, magistrats, intervenants sociaux, milieu pénitentiaire...)
- rappeler l'existence et les services qu'offrent le Service Communal de Prévention et le Service d'Aide en Toxicomanie.

Il s'agit d'une visite insolite d'une mosaïque de scènes évoquant chacune une part du phénomène "toxicomanie". Ce labyrinthe crée un monde de sensations par le biais d'effets principalement lumineux et sonores, afin d'interpeller chaque visiteur et de susciter en lui émotions et réflexions. Chacun est renvoyé à son propre fonctionnement, ses valeurs, ses interrogations, ses peurs, et ses représentations qui pourront être débattus avec les animateurs du lieu après la visite. Le Labyrinthe s'adresse à toute personne susceptible d'être confrontée de près ou de loin au phénomène de la consommation de produits psychotropes: adolescents, parents, travailleurs sociaux, magistrats, éducateurs, enseignants,...

Le *Labyrinthe* illustre la confusion entre « prévention de la criminalité » et « prévention de la consommation de drogues ».

²⁶⁷ www.jeunesetalcool.be

▪ « *Service Régional de Prévention 'la Teignouse'* »²⁶⁸

Le Service Régional de Prévention la Teignouse propose des actions de prévention sur deux arrondissements judiciaires, Liège et Huy, qui peuvent être répertoriées selon quatre axes : la prévention de la violence, la toxicomanie, l'intégration et le développement de partenariats.

Ce service est destiné aux consommateurs d'un ou plusieurs produits licites et illicites s'interrogeant sur leur consommation et/ou présentant une consommation problématique, aux familles et à l'environnement proche du consommateur, aux services et aux intervenants en contact avec les usagers et/ou leur environnement, et propose plusieurs type d'actions :

- l'accueil et l'accompagnement individuel et l'aide à la mise en ordre administrative.
- la prise en charge des patients sous méthadone en collaboration avec les médecins et pharmaciens.
- l'organisation d'activités à caractère resocialisant (tels que ateliers créatifs, sportifs) et de groupes de parole à destination des usagers ainsi que de la famille et de l'environnement proche de l'usager.
- la mise à disposition d'un bus (AIR Bus) avec la présence d'éducateurs (outils d'information, de prévention, éthylotests,...) lors de manifestations diverses (bals, concerts,...).
- la gestion de la plate-forme de concertation « toxicomanie » réunissant les institutions, services, associations et personnes touchant à la problématique de la toxicomanie et oeuvrant dans les communes concernées par l'activité du service (Ourthe-Amblève-Condroz) et le développement de partenariats avec ceux-ci.

Concernant plus spécifiquement le domaine de la toxicomanie, le service propose un travail d'accompagnement et de suivi de personnes dépendantes, une présence auprès du public à risque, la sensibilisation des adultes, des animations de prévention dans les établissements scolaires mais aussi la création et la recherche d'outils de prévention.

Parmi les diverses activités et actions organisées par le service, trois projets à destination des jeunes :

- « *café futé* »

Cadre général

Le concept Café futé est né à Bruges et fonctionne déjà dans plusieurs localités wallonnes (Huy, Aywaille, Verviers, Nivelles).

L'objectif principal de ce projet est d'organiser une concertation structurée et continue entre le secteur Horeca, l'administration communale, la police, le service de prévention et les établissements scolaires, au niveau local. Cette concertation doit contribuer à sensibiliser et responsabiliser le secteur Horeca afin qu'ils participent à un « climat de sortie » positif et sans risque.

Actions et moyens mis en oeuvre

Une campagne d'information a été réalisée auprès des cafetiers afin de leur expliquer les tenants et aboutissants du projet. Les cafetiers de la commune adhérant au projet signent une charte selon laquelle ils s'engagent à être vigilants quant à la présence continue de jeunes dans les cafés durant le temps scolaire, à ne pas vendre de l'alcool aux mineurs (ce que la loi interdit d'ailleurs), à éviter de servir des clients, jeunes ou adultes, déjà en état d'ébriété avancée, et ne tolérer aucune drogue illicite dans leurs établissements. Ils s'engagent aussi à accepter la diffusion de messages de prévention au sein de leurs établissements.

- « *Aqua fiesta* »

Cadre général :

Il s'agit de l'organisation, dans la commune d'Aywaille, d'un festival 'sports et musique' à la fin de la période d'examen proposant des activités ludiques et festives. L'objectif est d'éviter les consommations abusives de produits psychoactifs. Cette activité ne vise pas à interdire toute

²⁶⁸ <http://www.lateignouse.be>

consommation d'alcool, mais à tenter d'en limiter les risques et dangers.

Actions et moyens mis en œuvre :

Pour se faire, différents moyens de réduction des risques seront prévus, à savoir :

- seulement de la bière est en vente sur le site afin d'éviter les mélanges et la consommation d'alcool plus fort,
- les bouteilles achetées à l'extérieur sont interdites,
- l'eau est distribué gratuitement sur le site,
- des éducateurs sont présents tout au long de l'activité afin d'encadrer celle-ci
- un service d'ordre est également présent tout au long de la manifestation afin de rappeler le règlement
 - « *AIRbus* »

Cadre général

La Teignouse dispose d'un bus aménagé en permanence mobile présent lors de diverses manifestations (bals, fête de village ...) à la demande des autorités communales, des clubs sportifs, des écoles, des mouvements de jeunesse,...

L'action vise la prévention et la réduction des risques des consommations excessives d'alcool et/ou autres produits psychoactifs.

Actions et moyens mis en œuvre

Pour rencontrer ces objectifs, des éducateurs sont présents tout au long de la manifestation. Ils peuvent effectuer des passages réguliers dans la salle, et aux alentours de celle-ci. Le bus constitue un lieu de répit, un espace de parole et d'échange. C'est aussi l'occasion de faire circuler une information judicieuse sur les différents produits auxquels les jeunes peuvent être confrontés dans ce type de manifestation. Les éducateurs disposent d'outils d'information et de prévention tels que des brochures, des préservatifs, des alcootests, ...

Afin de mener à bien cette action, le SPR contacte les différents services impliqués dans la manifestation (organisateur, service d'ordre intérieur, disc jockey, service bar...) afin d'envisager un partenariat avec ceux-ci.

Le Service Régional de Prévention la Teignouse propose aussi un service de permanence 24 heures sur 24 grâce à un gsm.

2.2. Actions menées à l'étranger

2.2.1. Sécurité routière

- Suisse

« *Be my Angel tonight* »²⁶⁹

Cadre général

« *Be my Angel tonight* » est la déclinaison suisse du programme Bob, et est mis en œuvre par des jeunes, ayant, au préalable, suivi une formation relative au dispositif.

Pour promouvoir cette pratique, la *Fondation vaudoise contre l'alcoolisme* (FVA) lance « *Be my angel tonight* », un programme de prévention alcool, drogue et sécurité routière destiné aux 16-25 ans et basé sur le concept du conducteur sobre qui ramène ses amis à la fin de la soirée.



Actions et moyens mis en œuvre

Concrètement, la *Fondation vaudoise contre l'alcoolisme* a créé un team de prévention qui effectue des actions ponctuelles de sensibilisation dans les bars et clubs en début de soirée, moment idéal pour réfléchir à la question de la rentrée. Les membres de l'équipe, 'lookés' de manière à être reconnus et identifiés au projet, sont chargés d'interpeller les jeunes en début de soirée et de leur parler du concept de chauffeur désigné. Ceux qui acceptent de rester sobres et de reconduire leurs camarades auront à disposition des boissons non alcoolisées gratuites et pourront, durant la soirée, rejoindre un espace de rencontre pour conducteurs sobres s'ils le souhaitent. Pour se déplacer d'un lieu à l'autre, le team-Angel utilise des véhicules qui donne une image jeune, dynamique et novatrice et portent le sigle « *be my angel tonight* ».

*Opération « nez rouge » genevoise*²⁷⁰

Cadre général

L'Opération Nez rouge est une action de prévention, de sensibilisation et de sécurité routière, à l'échelon national, qui vise à diminuer le nombre d'accidents de la route causés par la conduite d'un véhicule lorsque les facultés sont affaiblies.

**Opération
Nez rouge**

Actions et moyens mis en œuvre

Nez rouge propose symboliquement, durant les fêtes de fin d'année, de ramener chez elles toutes les personnes qui ne se sentiraient pas en état de conduire. Fatigue, alcool, drogue ou médicaments sont autant de raisons de composer le numéro gratuit afin de confier les clés de son véhicule à une équipe de bénévoles.

²⁶⁹ www.bemyangel.ch

²⁷⁰ www.nezrouge-geneve.ch/

2.2.2. Milieu festif et débit de boissons

- Suisse

*Action sur les débits de boisson occasionnels*²⁷¹

Cadre général

En Franches-Montagnes, des actions sont menées au niveau des débits de boissons occasionnels afin d'encourager les organisateurs de fête à améliorer la protection des jeunes et la qualité de leurs fêtes lors des évènements festifs.

Action et moyens mis en œuvre

Ces actions, organisées dans le cadre d'une campagne plus large (au niveau du canton), consistent d'une part, en le développement de partenariats avec les organisateurs des fêtes concrétisés par l'organisation de réunions de sensibilisation des patrons de buvettes, l'installation de points d'eau gratuits, la présence d'un stand « *be my angel* » et, et d'autre part, en l'intervention auprès des personnes souhaitant obtenir un permis de débit d'alcool afin de les sensibiliser à certaines mesures de prévention et les informer sur les dispositions légales auxquelles elles seront soumises.

*« Comment dire non aux moins de 18 ans ? »*²⁷²

Cadre général

« *Comment dire non aux moins de 18 ans ?* » est un programme de formation mis au point par le *Groupement suisse des spiritueux de marque*, en collaboration avec la *Fédération genevoise pour la prévention de l'alcoolisme*, à destination des distributeurs de boissons alcoolisées ayant pour objectif d'éviter que les magasins vendent de l'alcool à des mineurs, de rappeler leurs responsabilités aux adultes, et de contribuer à mettre des limites aux jeunes.

Action et moyens mis en œuvre

Le matériel mis à disposition se compose d'un film, livré sur DVD, un manuel du formateur et des dépliants multilingues à remettre aux jeunes clients qui ne comprennent pas le refus de vente.

2.2.3. Prévention dans les écoles

- « *Life Skills Training* »²⁷³ (Etats-Unis)

Cadre général

« *Life Skills Training* » est un programme de prévention éducatif interactif contre le cannabis, le tabac et l'alcool en milieu scolaire (décliné en deux sous programmes : l'un à destination des 8-11 ans et l'autre des 11-14 ans). Il se déroule sur trois ans (30 sessions d'une durée de 45 minutes, traitant chacune d'un thème particulier au moyen de lecture, d'échanges, de discussions, d'exercices pratiques et de coaching) et a pour objectif de développer « des facteurs psychosociaux de protection », à savoir, l'habilité sociale (affirmation de soi, communication, gestion des conflits), des compétences psychologiques (image de soi, gestion de la colère et du stress, prise de décision), des connaissances sur les produits psychoactifs, et des compétences pour résister à la pression sociale. L'encadrement des sessions peut être assuré soit par l'enseignant soit par un intervenant extérieur préalablement formé à la problématique.

²⁷¹ www.coursdemiracles.ch

²⁷² <http://www.marken-spirituosen.ch>

²⁷³ <http://www.lifeskillstraining.com/>

Actions et moyens mis en œuvre :

Divers types de supports sont mis à disposition des établissements souhaitant mettre en place ce programme, à savoir, des cahiers pour les élèves ainsi que des documents complémentaires, un manuel pour l'enseignant, une cassette de relaxation, une cassette vidéo.

- « *The healthy school and drugs* »²⁷⁴

Cadre général

Lancé dans les années 90, ce programme, financé par la commission européenne et coordonné par le « *Trimboos instituut* » (Pays-Bas) s'est déployé dans pas moins de neuf pays européens. Son objectif est d'améliorer et de renouveler les projets de prévention relatifs à la consommation de tabac, d'alcool et autres psychotropes au sein des écoles des pays membres de la communauté européenne et consiste essentiellement à expliquer aux élèves les risques liés à la consommation de ces substances ainsi qu'à la pratique des jeux de hasard afin de leur apprendre à agir de manière responsable et à adopter des comportements 'sains' préservant la santé.

Actions et moyens mis en œuvre

Le programme inclut la participation des parents via l'organisation de réunions et comporte une série de cours sur les 'drogues' ainsi que l'organisation de travaux individuels et collectifs.

Le programme est accompagné d'un règlement interne au sujet de la consommation de 'drogues' et un groupe d'experts veillent à la cohérence du programme (priorités, délimitation, coordination, information, évaluation et structuration du programme, de son enracinement à la fin du projet).

2.2.4. Dispositifs de prévention participatifs

- France

*Réalisation de films vidéo*²⁷⁵

Cadre général

Par le biais du festival national du film vidéo amateur de prévention santé mis en place en 2000 et financé par la *Mission Interministérielle de lutte contre la Drogue et la Toxicomanie*, l'A.N.P.A.A06 (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie des Alpes-Maritimes) propose aux jeunes de moins de 25 ans d'exprimer leurs représentations de la santé à travers la réalisation d'un film vidéo. Les films proposés doivent contenir au moins un message de prévention concernant le thème de la santé au sens large (usage de l'alcool, du tabac, des drogues, violence, stress, sexualité, confiance en soi, ...) et sont soumis à un jury composé, d'une part, de professionnels de la prévention, de la santé, de l'éducation, de la communication et de l'animation et, d'autre part de jeunes, qui élira les lauréats « *messagers d'or* ».

Un comité composé de professionnels de la santé présélectionne environ 60 films sur 200 reçus, en provenance de la France et d'organismes francophones (lycées, collèges, associations, etc.).

80 % des films sont réalisés en milieu scolaire et 20 % en milieu associatif de quartier, en insertion, en foyer ou en individuel

²⁷⁴ <http://www.trimbos.nl>

²⁷⁵ www.clapsante.com

Actions et moyens mis en œuvre

La mise en œuvre de cette action consiste en l'organisation du festival du film vidéo amateur de prévention santé dont les modalités de participation sont les suivantes :

- Les participants doivent être âgés de moins de 25 ans
- Le thème choisi doit être un thème santé au sens large, tel que, la confiance en soi, le sport, la culture, la naissance, l'usage d'Alcool, du tabac, du cannabis, le X, le dopage, les drogues, la violence, la sécurité, l'alimentation, la famille, l'environnement, le quartier, la sexualité, les MST, musique, suicide, sommeil, stress, le bien-être...

Les vidéos doivent comporter au moins un message de prévention, sachant que la Prévention Santé ne se limite pas à éviter les maladies ou les accidents mais peut aussi s'attacher à optimiser le capital santé

- Le film peut être réalisé seul ou en groupe, être porté par un organisme, un établissement scolaire, ...
- Le film doit correspondre à une des catégories suivantes:
 - Fiction (8mn 30)
 - Reportage (8mn 30)
 - Clip (5mn 30)
 - Pocket Film - film fait avec le téléphone portable (3mn 30)
- Les candidats peuvent se faire aider par un professionnel si celui-ci n'intervient pas dans le contenu du message.
- Les candidats sont départagés sur base de trois critères:
 - La pertinence du message de prévention
 - La qualité artistique
 - La qualité technique
- Les supports acceptés pour les vidéos sont uniquement Mini DV et Mini DVCam.
- La liste des trophées et prix est disponible sur www.clapsante.com (ainsi que le règlement du concours), et ceux-ci sont attribués aux 3 premiers de chaque catégorie (Caméscope, appareil à photo, téléphone portable, lecteur DVD, ...). Des prix spéciaux, prix du « jury jeunes » et prix de la ville de Nice sont aussi attribués. Diplômes, tee-shirts seront remis à tous les participants. Le Jury est composé de professionnels de la santé, du social, de l'image, et de la jeunesse et est représenté par :
 - L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES),
 - La Direction générale de la Santé (DGS), la Mission Interministérielle contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT),
 - Le Ministère de l'Agriculture et de la Pêche,
 - L'Institut National de la jeunesse et de l'Education Populaire (INJEP),
 - L'Inspection Académique
 - France Télévision.

« Paroles de jeunes »²⁷⁶

Cadre général

Le conseil intercommunal de prévention de la délinquance de Cherbourg organise des actions de prévention portant sur l'alcool et les conduites à risque qui ont pour objectif de créer un dialogue avec les jeunes et entre les jeunes.

Actions et moyens mis en œuvre

Afin de réaliser ces actions, qui consistent à permettre aux jeunes de s'exprimer sur les substances psychotropes mais aussi sur les violences au travers de réalisations artistiques (poèmes, dessins, pièces de théâtre) et à faire passer un message aux autres jeunes ainsi qu'à leur entourage de manière dynamique et interactive, un animateur a pour mission de les guider et de leur offrir un soutien tant au niveau de la recherche d'information que de la réalisation des messages que ce soit concernant leur forme ou leur contenu afin que les participants puissent partager et échanger leurs créations par le biais du « forum paroles de jeunes ».

« Impro.infini »²⁷⁷

Cadre général

« Impro.infini » est une ligue d'improvisation Bretonne qui propose, depuis 2007, un projet de théâtre interactif avec pour ambition de sensibiliser ses participants et son public aux effets la consommation d'alcool et aux comportements à risques qui peuvent y être associés de manière humoristique et communicative.



de

Actions et moyens mis en œuvre

A mi-chemin entre le théâtre d'improvisation et le théâtre-forum, ce spectacle à destination des ados et des adultes permet d'aborder diverses thématiques et privilégie l'écoute et le dialogue. Cette forme de spectacle est propice à l'échange car les points de vue de chacun y sont exprimés et discutés.

Les spectacles de théâtre interactif Impro-forum se construisent autour d'un thème phare et se déroulent généralement en trois temps : au cours de la première partie 'théâtre', les comédiens jouent différentes scènes en abordant les thèmes définis au préalable, en accord avec les collaborateurs du projet ; dans un deuxième temps, la partie 'forum' permet aux spectateurs de se substituer aux comédiens et les différentes scènes sont ainsi modifiées en fonction des idées et des points de vue de chacun ; enfin ces scènes sont réinterprétées et un échange est engagé dans la partie 'débat', échange au cours duquel les spectateurs sont invités à dialoguer sur la thématique et la démarche choisies.

L'Impro-forum permet de faire passer divers messages de prévention et d'ouvrir le débat, par exemple sur les conduites addictives, sans pour autant verser dans une logique moralisatrice et répressive.

²⁷⁶ www.parolesdejeunes.com

²⁷⁷ <http://www.impro.infini.fr>

2.2.5. Outils pédagogiques, éducatifs et tests en ligne

- France

« *Kottabos* »²⁷⁸

Cadre général

Créé par l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie du Nord-Pas-de-Calais, le *Kottabos* est un outil pédagogique pour réfléchir sur l'alcool proposant neuf activités ludiques qui simulent des situations de prise d'alcool et les risques immédiats qui en découlent. Cet outil permet au joueur de travailler autour de sa propre alcoolisation, de sa perception des effets réels et ressentis, et de son appréciation du risque. Il permet de mettre en jeu des situations et des événements tels qu'ils sont perçus par un cerveau alcoolisé. Il travaille principalement sur la perception de l'événement qui signale le risque et sur la réaction à cette perception, nécessitant le plus souvent la coordination de différents moyens de réponse. Ce jeu s'adresse à un large public, à savoir, jeunes et adultes, et s'utilise notamment dans le cadre d'actions d'information et de sensibilisation. Le côté ludique et interactif des activités proposées permet une compréhension directe des phénomènes, qui n'est plus seulement intellectuelle mais aussi tactile et visuelle. Il instaure un échange permanent au sein du groupe et implique une confrontation et un enrichissement mutuels des points de vue et des expériences.

Actions et moyens mis en œuvre

Le *Kottabos* est composé de quatre boîtes s'assemblant pour créer soixante-dix configurations différentes permettant de mettre en place neuf activités ludiques abordant:

- l'absorption rapide et l'élimination lente de l'alcool dans l'organisme

En versant un liquide bleuté dans une série d'entonnoirs s'écoulant les uns dans les autres et symbolisant respectivement la bouche, l'estomac, l'ensemble de l'organisme et l'élimination hors du corps, le participant observe les temps d'absorption et d'élimination et visualise la durée pendant laquelle l'organisme est soumis aux effets de l'alcool.

- les différences individuelles face à l'ingestion d'alcool

En posant des cubes symbolisant sexe, poids, repas et consommation d'alcool sur le plateau d'une balance, il réalise que, selon les personnes et les situations, l'alcoolémie n'est pas identique chez tous les individus et mesure ces différences.

- les retards de réponse du cerveau lors d'une consommation plus ou moins forte d'alcool

En faisant passer un courant d'intensité variable selon le degré d'alcoolisation supposée, il vérifie le retard à la réponse et l'altération de sa qualité et prend la mesure de la contre-performance individuelle dans les réponses à une situation donnée.

- les pertes sensorielles lors de l'absorption d'alcool (contraste, champ visuel, réflexes)

En enfilant l'une après l'autre trois paires de lunettes symbolisant une consommation d'alcool selon les items "un peu", "beaucoup", "énormément", et en admirant un éléphant rose, il s'aperçoit que des parties du dessin s'estompent et que des mots deviennent illisibles.

En regardant un paysage dans une boîte où sont introduites des languettes noires, plus ou moins larges selon les mêmes items de consommation, il observe que le champ visuel se rétrécit et que la vision périphérique n'est plus active.

Ces deux dernières activités ont pour objectif de faire prendre au joueur la mesure de la modification de la perception sous alcool et la conscience de l'impossibilité de réagir à ce qu'il ne perçoit pas.

En partant d'une position fixe, bras le long du corps, et en essayant d'attraper un objet lâché par un tiers, le poignet d'abord libre puis lesté d'un poids simulant la consommation d'alcool, toujours suivant les trois mêmes items, le participant évalue la modification du temps de réponse réflexe.

²⁷⁸ <http://www.alcoolinfo.com>

- l'accumulation des risques

En disposant d'un lot de billes, rouges pour l'individu (ses émotions, son ressenti, ses difficultés...), bleues pour l'environnement (les pressions sociales, le climat, des objets...), couleur bois pour l'alcool, et en les combinant et les ajoutant dans trois tubes selon des scénarios qu'il imagine (je viens de dîner chez des amis, repas un peu arrosé ; il est minuit ; il pleut ; je rentre chez moi en voiture surgit...), le participant réalise la multiplicité des facteurs de risque en jeu dans les circonstances habituelles de la vie ainsi que la manière dont ils se cumulent et sont majorés par la consommation d'alcool.

- l'ouverture sur les autres risques: santé et dépendance

En participant à un jeu plus "classique " (plateau, dés, pions et cartes à tirer), en répondant à des questions et en réagissant à des situations données, il va élargir sa réflexion aux autres risques de l'alcoolisation (santé et dépendance) et échanger avec les autres membres du groupe à propos des déterminants en jeu : méconnaissance des risques, des aides, des signes d'alerte, pressions sociales, habitudes de vie, recherche des sensations..

Ces différentes activités se modulent à volonté. Il est possible d'animer une séance de deux heures avec un groupe d'une quinzaine de personnes maximum qui vont effectuer les jeux les uns après les autres. L'animateur peut choisir une série de séances plus courtes et plus ciblées sur tel ou tel aspect de la consommation d'alcool. Il est également loisible de choisir deux ou trois jeux parmi les plus spectaculaires pour animer un stand lors d'une journée de prévention. Le Kottabos est accompagné d'un excellent guide de l'animateur où sont réunis explications des jeux, objectifs visés et informations de base nécessaires pour répondre aux questions des participants. Son utilisation optimale requiert toutefois une formation spécifique des animateurs et éducateurs.

▪ Suisse

« *Les tribulations de la famille Titgut* »²⁷⁹

Cadre général

Dans le cadre des actions réalisées dans les Franches-Montagnes, le groupe de travail « *Prévention jeunesse/Soif de* », constitué lui-même de différents sous-groupes travaillant chacun sur un projet spécifique, conçoit des animations relatives aux effets physiques, physiologiques, comportementaux, chimiques des substances psychotropes ainsi que sur la législation en vigueur à ce sujet afin de conscientiser sous une forme légère et simple aux conséquences liées à l'abus de ces substances.

Pour expliciter les risques, les dangers et les mécanismes liés à l'abus d'alcool et la prise de cannabis chez les jeunes, un des groupes de travail utilise la presse écrite comme support, à savoir, le *Quotidien Jurassien*, *l'Impartial* et le *Franc-Montagnard* pour y diffuser un "feuilleton" à fréquence de tous les deux mois, ce qui permet une présence régulière dans la presse sous une forme constante et reconnaissable.

²⁷⁹ <http://www.coursdemiracles.ch>. Ces « tribulations » font par ailleurs partie du dispositif suisse décrit au point 1.2.1. de la partie II du présent rapport.

Actions et moyens mis en œuvre

Ces animations se déroulent en trois phases : la première phase consiste en un bref récit des mésaventures, questionnements et frustrations de la famille Titgut (famille composée de cinq enfants âgés de 12 à 18 ans représentatifs des jeunes de leur génération) à travers un « feuilleton » (« *les tribulations de la famille Titgut* »); la deuxième phase se déroule sous forme de jeu (jeu du vrai ou du faux) au cours duquel les participants doivent deviner si deux affirmations appartenant aux croyances communes et en lien avec l'histoire de la famille Titgut sont vraies ou fausses; et, la troisième phase a pour but de développer des questions soulevées au cours des deux premières phases à la lumière d'explications scientifiques, statistiques, légales, ou sociales référencées existantes.

Ainsi des effets médicaux, physiologiques, comportementaux, chimiques, seront explicités, mais aussi des droits et des devoirs, définis par les lois. Les dangers sur la santé, l'apprentissage et les facultés de concentration seront également évoqués.

« Mon ado et l'alcool »²⁸⁰

Cadre général

Initié en 2007 par la *Fédération genevoise pour la prévention de l'alcoolisme* (FEGPA), le projet *Mon ado et l'alcool* a pour but de sensibiliser les parents d'adolescents aux risques liés à la consommation précoce d'alcool, c'est-à-dire à l'usage d'alcool chez les moins de 16 ans.



Actions et moyens mis en œuvre

La mise en place de ce projet se décline en trois temps: l'état des lieux des perceptions et des attitudes des parents à l'égard de la consommation précoce, la mise en œuvre d'une campagne de sensibilisation destinée aux parents de la région genevoise et enfin une évaluation globale du projet. Afin d'améliorer les compétences des parents concernant les questions relatives à la consommation et l'usage abusif

d'alcool à l'adolescence, un site Internet (www.mon-ado.ch) essayant d'apporter des réponses aux questions qu'ils se posent en matière d'alcool est mis à disposition de ceux-ci en plus des campagnes d'affichage portant le slogan « *Et si c'était votre ado ?* ». Ce site offre de nombreux conseils (communication, limites à poser, ...) et informations (lois en vigueur, idées reçues, facteur de vulnérabilité de l'adolescent, ...) afin de sensibiliser les parents aux risques engendrés par une consommation d'alcool précoce et propose des documents à imprimer (ex. : un quiz permettant d'établir l'état des connaissances de son enfant en matière d'alcool, un contrat de sortie permettant aux parents de préciser par écrit leurs attentes envers leurs enfants,...).

- Canada : les services de santé des Forces canadiennes²⁸¹

Les services de santé des forces canadiennes ont lancé, en 2005, un programme de sensibilisation aux problèmes liés à la consommation d'alcool et autres psychotropes ainsi qu'à la pratique jeu comprenant douze modules d'une durée de 2 heures chacun (**Toxicomanies, Alcool : Respecter les limites, Conduite avec facultés affaiblies, Fêter en sécurité, Drogues illicites et Programmes des Forces canadiennes sur le contrôle des drogues, Médicaments sous ordonnance et en vente libre, Une introduction au jeu excessif et aux problèmes de dépendance au jeu, Parler des questions liées à l'alcool et autres drogues, Formation du superviseur-Partie 1 : Reconnaître les signes précurseurs et intervenir, Formation du superviseur-Partie 2 : Développer des techniques**

²⁸⁰ <http://www.mon-ado.ch>

²⁸¹ <http://www.forces.gc.ca>

d'entrevues efficaces, Comprendre et modifier la culture au sein d'une organisation, Alternatives saines à la consommation d'alcool et d'autres drogues).

2.2.6. Dispositifs de détection

- France : Comités d'environnement social (CES)²⁸²

Cadre général

Les CES sont des dispositifs de mobilisation des ressources ayant pour objectif initial de « *détecter et prévenir la toxicomanie dans les écoles, sans isoler cette conduite de l'ensemble des conduites déviantes et des difficultés des adolescents* »²⁸³.

Le comité d'environnement social est un dispositif d'action qui permet de mettre en œuvre deux démarches de globalisation. Du côté du contenu de l'action, par le suivi global des jeunes dans et hors école, et du côté des acteurs en les constituant en réseau. D'une part en créant les conditions pour que les élèves, les enseignants, les personnels de direction, d'éducation, de santé, d'action sociale et autres professionnels de l'éducation nationale ainsi que les familles, nouent des relations autres que celles qui les confinent dans leur secteur de compétence et produisent ainsi de la cohésion et de la mobilisation ; de l'autre, entre la communauté éducative et les acteurs sociaux qui côtoient, directement ou indirectement, aux jeunes.

Depuis 1993, les compétences de ce dispositif ont été élargies à une prise en charge globale des difficultés rencontrées par les jeunes et les CES sont devenus des *Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté* (CESC)²⁸⁴.

Le *comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté* est le cadre privilégié pour définir et mettre en œuvre l'éducation préventive en matière de conduites à risques, de dépendance dans et hors l'école. Il contribue à l'éducation à la citoyenneté de l'élève, prépare le plan de prévention de la violence, propose des actions pour aider les parents en difficulté, définit un programme d'éducation à la santé. La finalité du *comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté* est d'accompagner les élèves dans leur apprentissage de la vie citoyenne, de la construction de comportements et d'attitudes responsables vis-à-vis de soi-même, des autres et de l'environnement

Actions et moyens mis œuvre

La création du *comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté* est soumise au vote du conseil d'administration puis portée à la connaissance de tous membres de la communauté éducative et des partenaires.

Le *comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté* développe une démarche de projet qui suppose l'analyse de la situation de l'établissement et de son environnement, des problèmes, des ressources, des capacités d'initiative, des compétences à développer et la définition d'objectifs opérationnels. Il peut fonctionner en séances plénières mais aussi en commissions restreintes qui permettent une plus grande souplesse. Il est présidé par le chef d'établissement. Sa composition est évolutive et adaptable à chaque situation locale, mais il associe l'ensemble de la communauté éducative.

Ses missions se déclinent en six axes :

²⁸² www.drogues.gouv.fr

²⁸³ « *Prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes* », INSERM, 2003

²⁸⁴ <http://eduscol.education.fr>

- contribuer à la mise en place de l'éducation citoyenne dans l'école ou l'établissement en rendant l'élève responsable, autonome et acteur de prévention ;
- organiser la prévention des dépendances, des conduites à risque et de la violence dans le cadre du projet d'établissement ;
- assurer le suivi des jeunes dans et hors l'école : le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté permet aux membres de la communauté éducative de prendre en charge les problèmes en concertation, de faire appel aux compétences de personnels spécialisés en interne (médecins, infirmier(e)s, assistants sociaux), ou à des relais extérieurs ;
- venir en aide aux élèves manifestant des signes inquiétants de mal être : usage de produits licites ou illicites, absentéisme, désinvestissement scolaire, repli sur soi, conduites suicidaires...;
- renforcer les liens avec les familles ;
- apporter un appui aux acteurs de la lutte contre l'exclusion en renforçant les liens entre l'établissement, les parents les plus en difficulté et les autres partenaires concernés

- Allemagne : « *Halt : Harm am limit* »²⁸⁵

Cadre général

« *Halt : Harm am limit* » est un des programmes mis en place par le *German Center for Addiction Research in Childhood and Adolescence* en Allemagne face à la problématique du « binge drinking », qui consiste en un repérage des consommateurs excessifs au moment de l'hospitalisation dans le service des urgences.

Actions et moyens mis en œuvre

Le repérage se fait par le médecin urgentiste ou une autre personne des urgences qui, lorsqu'elle constate une alcoolisation massive chez un adolescent, peut faire appel à un intervenant extérieur qui rencontre le jeune directement.

Une discussion sur les dangers de l'alcool et ses risques est entamée avec l'adolescent. La famille est aussi rencontrée pour évoquer l'épisode, le replacer dans le contexte, trouver des solutions pour que cela ne se reproduise pas. Une proposition de réunion de groupe est aussi faite à l'adolescent avec pour objectif de responsabiliser le jeune, d'évoquer les situations à risque. Les entretiens motivationnels sont utilisés lorsqu'il y a lieu, afin de questionner les comportements à risque.



- Québec : « *DEP-ADO* »²⁸⁶

Cadre général

Il s'agit d'un outil de détection permettant de repérer les consommations problématiques utilisé au sein des dispositifs de prévention relatifs aux substances psychotropes et aux dépendances allant de la prévention primaire à l'intervention spécialisée et l'hébergement²⁸⁷, permettant de repérer les consommations problématiques.

²⁸⁵ www.dzskj.de

²⁸⁶ <http://www.risqtoxico.ca>

²⁸⁷ <http://www.inpes.sante.fr>

Actions et moyens mis en œuvre

Cet outil se compose d'une grille de dix-sept questions « portant sur la fréquence de consommation des substances psychoactives au cours des douze derniers mois, la présence de régularité de la consommation, d'injection, de précocité de la consommation et de diverses conséquences »²⁸⁸. Il permet une classification déclinée en trois niveaux de « gravité » de la consommation psychoactives chez les jeunes, chaque niveau correspondant à une couleur (rouge pour les consommations problématiques, jaune pour les consommations à risque et vert pour celles n'occasionnant pas de préoccupations au moment du test). En fonction du niveau auquel le jeune est associé, celui-ci est dirigé vers le service adéquat à sa situation (centre de réadaptation spécialisé en toxicomanie pour les jeunes présentant une consommation problématique, intervention préventive en milieu scolaire ou dans des centres de soins généraux et service sociaux pour les jeunes ayant une consommation à risque).

2.2.7. Dispositifs d'accueil, d'aide et de soutien

- France

- « *Points d'accueil écoute jeunes* »²⁸⁹ (PAEJ)

Les « *Points d'accueil écoute jeunes* » sont des espaces anonymes, confidentiels et gratuits qui ont pour objectif de permettre aux adolescents et jeunes majeurs ainsi qu'à leurs parents rencontrant des difficultés de mettre des mots sur leurs difficultés (« mal-être des jeunes », toxicomanie, alcoolisme, désinsertion sociale et scolaire,...), à travers un dispositif diversifié en termes de champs d'intervention des intervenants ainsi que des modes d'intervention.

Les *points d'accueil écoute jeunes* jouent un rôle de proximité autour d'une fonction préventive d'accueil, d'écoute, de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation au contact des jeunes exposés à des situations de risque, et de leur entourage adulte.

Les *Points d'accueil écoute jeunes* sont principalement sous forme associative, et bénéficient dans le cadre de la compétence conjointe de l'Etat et des conseils généraux, et avec l'appui des autres collectivités locales, de financements stables pérennes et partagés.

- « *Drogues alcool tabac info service* »²⁹⁰ (DATIS)

Créé en 1990, le service national d'accueil téléphonique *Drogues alcool tabac info service* a évolué en 2004 en remplaçant son numéro d'appel unique, le 113, par trois nouveaux numéros, orientés plus spécifiquement vers la drogue, le cannabis ou l'alcool. Ce service, au départ entièrement financé par la *Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie*, vient d'être placé sous l'autorité du ministère de la Santé. Il a pour objectif est de renforcer la prévention sur la consommation de ces produits en direction des jeunes. Il a été conçu comme un outil de prévention et un relais des politiques publiques (relais entre la population et les ressources existant sur le terrain d'une part, et relais entre les usagers et le réseau de soins d'autre part). Il a aussi un rôle pédagogique en matière de prévention et de réduction des risques en assurant une mission d'aide et d'information, 7 jours sur 7, confidentielle, anonyme et gratuite:

- pour s'informer, demander conseil, comprendre, prendre du recul ;
- pour connaître les risques, les dangers, comprendre les effets ;
- pour savoir où demander de l'aide, consulter des professionnels compétents.

²⁸⁸ <http://www.inpes.sante.fr>

²⁸⁹ <http://www.drogues.gouv.fr>

²⁹⁰ <http://www.drogues.gouv.fr>

L'activité d'accueil téléphonique est répartie en pôles régionaux ayant pour mission de répondre aux appels de leur région, et d'assurer les contacts nécessaires à la connaissance de l'ensemble des structures ainsi que des réseaux professionnels et associatifs. Ce service anime un site internet www.drogues-info-service.fr où se trouvent des rubriques "Vos questions / vos réponses" et "des adresses utiles", qui permettent de recevoir des réponses par mail sous 48 heures et de trouver toutes les adresses indispensables.

- Angleterre

« *Drinkline* »²⁹¹

Créées en 1993, la «*Drinkline*» est le service national d'assistance téléphonique pour l'alcool destiné à des personnes ayant des problèmes d'alcool et toute personne préoccupée par l'abus d'alcool en assurant une mission d'aide et d'information gratuite et confidentielle (de 9h00 à 23h, du au vendredi). Le service met aussi à disposition du public des brochures relatives à la consommation ainsi que diverses autres sources de documentation.



lundi

« *Urban75* »²⁹²

Il s'agit d'un service d'assistance téléphonique gratuit et confidentiel accessible 24 heures/24, 7 jours/7, qui offre des conseils et informations aux personnes concernés, de manière directe ou indirecte, par la consommation d'alcool ou autres drogues ainsi que de médicaments.

Le service d'assistance propose aussi des consultations confidentielles aux visiteurs qui pensent avoir un problème par rapport à leur consommation.

- Suisse

« *Alco-line* »²⁹³

« *Alco-line* » est une association Suisse réunissant vingt-neuf institutions traitant de la problématique de la dépendance à l'alcool et ayant pour objectif d'améliorer l'accessibilité au réseau d'alcoologie. Ses missions sont l'écoute de toute personne ou intervenant professionnel ayant une question relative à l'alcool, l'information de la population concernant les possibilités de prévention et de prise en charge médico-psycho-sociale des problèmes liés à l'alcool, l'orientation des personnes confrontées à des problèmes d'alcool, de leurs proches et des professionnels au sein du réseau des institutions spécialisées en alcoologie via, notamment, une ligne téléphonique créée à cet effet.

Les permanences téléphoniques sont assurées par les différentes institutions et services des réseaux cantonaux.

L'opération " *containers à verres vides* " réalisée par cette association et consistant à afficher, sur des containers destinés à la collecte du verre non consigné, des autocollants géants portant le numéro et le logo d'«*Alco-line*» détient un rôle important au sein de sa stratégie de communication. Compte tenu du succès grandissant de cette opération, qui, par ailleurs, reçoit de plus en plus de



²⁹¹ www.patient.co.uk

²⁹² www.urban75.com

²⁹³ www.alcoline.ch

soutient, elle se déroulera sur quelques années et pourra servir de support à d'autres campagnes se déclinant sur des thèmes spécifiques (exemple : campagne à destination des médecins généralistes).

*Projet d'intervention précoce dans les communes*²⁹⁴

Basé sur le concept développé par *Perspektive*, « *Notre école sans substances. Le modèle par étapes* » et sur le guide « *Ecole et Cannabis* » élaboré par l'*Office Fédéral de Santé Publique* en collaboration avec l'*Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies*, l'objectif de ces projets est de faire intervenir les acteurs appropriés en fonction des différentes situations liées à la consommation d'alcool et autres drogues chez les adolescents et les jeunes adultes afin d'assurer une gestion du risque alcool adaptée aux besoins des communes. L'implantation de ce modèle permet aux jeunes en situation de risque d'être pris en charge à temps et d'être soutenus dans leur développement.

Afin de pouvoir atteindre durablement ces objectifs, l'accent est mis sur la collaboration entre les services spécialisés locaux (centres de prévention, centres de prise en charge, travail social et psychologie scolaires), les directions des établissements scolaires (écoles secondaires), les enseignants, les parents et d'autres acteurs, et le concept, orienté vers la pratique, vise à intégrer les besoins et les souhaits de tous les acteurs impliqués.

2.2.8. Campagne d'information et de sensibilisation

- France

*Campagne d'affichage dans la ville de Rennes*²⁹⁵

Il y a deux ans, une grande campagne de prévention portant sur les conduites à risque en lien avec les consommations excessives d'alcool a été lancée par la ville de Rennes avec la volonté de s'inscrire dans la durée et s'immiscer dans les lieux et événements fréquentés principalement par les jeunes.

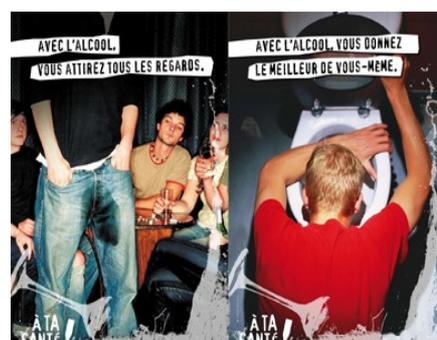
Elle se déroula en deux phases : l'élaboration de quatre affiches-choc « *à ta santé !* » à destination des jeunes de 16 à 25 ans et la distribution d'un guide de prévention d'une part, et, d'autre part, l'organisation d'actions auprès des distributeurs et vendeurs de boissons alcoolisées.

La campagne "*A ta santé !*"²⁹⁶, essentiellement composée d'affichage urbain, est le fruit d'une approche événementielle qui vise à porter le débat sur la place publique, à faire en sorte que les Rennais s'interrogent sur leur comportement vis-à-vis de l'alcool.

En parallèle, des actions de sensibilisation sont menées les soirs de fête, tels que la fête de la musique, où des professionnels et des bénévoles de la prévention se déplacent sur les lieux de manifestation avec le bus *Prev'en Ville* sont à disposition pour répondre aux questions sur les risques liés à la consommation excessive d'alcool et de produits psycho actifs, à la sexualité...

Remarque

De telles images nous semblent particulièrement peu respectueuses du public jeune et contribue à les stigmatiser. Selon nous, il ne s'agit pas d'une stratégie intéressante.



²⁹⁴ Les actions mises en œuvre dans le cadre du projet sont disponibles sur le site www.lescommunesbougent.ch

²⁹⁵ www.rennes.fr

²⁹⁶ Les autres affiches de la campagne ainsi que d'autres exemples d'actions mises en œuvre sont disponibles sur le site <http://www.rennes.fr>

- France: « *Savoir plus, risquer moins* »²⁹⁷

Cadre général

Mis en place par la *Mission Interministérielle de lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT)* en 1999, ce programme d'information a pour objectif de fournir une information complète sur les effets et les risques des produits, tout en travaillant sur la capacité de résistance à la pression sociale et en facilitant la demande d'aide.

Action et moyens mis en œuvre

Le dispositif de communication mis en place par la *Mission Interministérielle de lutte contre la Drogue et la Toxicomanie*, en partenariat avec le *Comité français d'éducation pour la santé*, consiste, en premier lieu, à promouvoir un livre « *drogues : savoir plus, risquer moins* » à l'aide de films publicitaires destinés au grand public.

Au nombre de quatre, ces films rompent avec une tradition historique des films publicitaires sur ce sujet.

Il ne s'agit pas là de films à vocation préventive, mais ils permettent d'interroger chacun, et notamment les adultes, sur leurs connaissances réelles face aux dangers des différentes substances psychoactives.

Il s'agit surtout d'interpeller et d'inciter chacun, dans une société où les modes de consommation et les produits ne cessent d'évoluer, à en savoir plus sur le sujet, pour soi-même, ou pour ses proches.

Les films, volontairement courts et dépouillés, sont là pour illustrer simplement une question et renvoyer sur le livre d'information :

La dépendance, ça commence quand?

Alcool, cannabis, cocaïne, ecstasy, héroïne, tabac,...: quelles différences, quelles ressemblances?

L'homme a-t-il d'abord découvert le feu ou la drogue?

Alcool, cannabis, cocaïne, ecstasy, héroïne, tabac,...: connaît-on vraiment les risques?

Les quatre films ont été diffusés sur toutes les chaînes nationales (continent et départements d'outre mer) (TF1, France 2, France 3, Canal +, M6, La Cinquième, RFO, ...) ainsi que sur certaines chaînes du câble et du satellite (Canal Jimmy, MCM, LCI, Comédie, Info Sport, Fun TV, Série Club, RTL 9).

Outil central de la campagne, le livre d'information propose une information accessible à un large public permettant de mieux connaître l'action des substances psychoactives sur le cerveau : cannabis, cocaïne, ecstasy, héroïne, abus d'alcool, tabac, conduites dopantes, médicaments psychoactifs ainsi que leurs effets et leurs dangers, les différents comportements de consommation, les chiffres de la consommation, les différentes législations en vigueur, quelques repères historiques, des informations utiles pour agir, réagir, aider, être aidé.

« *Drogues : savoir plus risquer moins* » apporte également des informations pratiques et sa rédaction a été validée par un Comité scientifique et un Comité de lecture composés d'experts, de scientifiques et de spécialistes issus de tous les milieux concernés : domaines sanitaire et social, juridique, acteurs de terrain,... Le livre d'information s'adresse à tous ceux qui ont envie ou besoin d'en savoir plus sur les produits psychoactifs, qu'ils soient licites ou non, à savoir, les parents et adultes référents, mais aussi les jeunes.

²⁹⁷ www.inpes.sante.fr

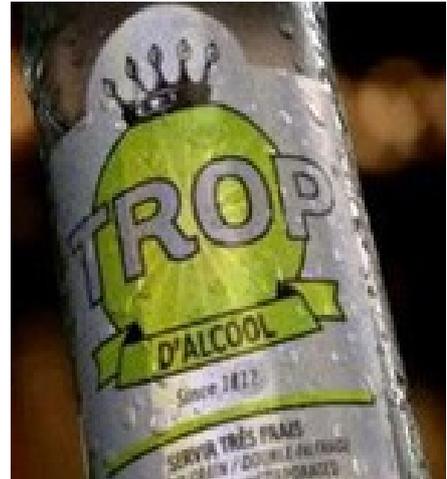
Campagne 'Trop' de Roselyne Bachelot²⁹⁸

La Ministre française de la Santé, Madame Bachelot, a lancé récemment une campagne de prévention de la consommation excessive d'alcool en direction des jeunes ayant pour slogan « *boire trop, une sensation trop extrême* » et diffusée par le biais de différents médias : TV, radio, cinéma. Réalisé par l'*Institut national de prévention et d'éducation pour la santé*, cette campagne se veut innovante et non stigmatisante. Cette campagne fut accompagnée dès 2009, d'une interdiction de la vente d'alcool aux mineurs que ce soit dans les bars, les discothèques, en magasins ou encore dans les « open bars ».

L'objectif de cette campagne est de faire réfléchir les jeunes aux risques liés à leur mode de consommation (accidents, comportements violents et agressions, rapports sexuels non protégés ou non souhaités, comas éthyliques) afin de les dissuader de se retrouver dans des situations d'ivresses répétées.

Afin d'atteindre le public jeune, les spots ont été réalisés selon les critères suivant :

- réaliser une campagne publicitaire en détournant les codes publicitaires classiques des boissons alcoolisées et des « softs drinks » pour adopter un ton décalé qui serait apprécié et répandu chez les jeunes : ils sont mis en scène dans un univers « paradisiaque » qui vire au cauchemar après qu'ils aient trop bu.
- adopter un ton qui n'est pas moralisateur : aux yeux du public jeune, un discours explicite a plus de chance d'être entendu et la mise en scène idéalisée permet de ne pas stigmatiser le public visé.
- jouer sur l'ambivalence de l'alcool en tant que produit festif pouvant potentiellement être dangereux : produit festif, symbole de convivialité et d'hédonisme, composante incontournable de notre culture et de notre économie, l'alcool est aussi source de surmortalité et de surmortalité dans les cas les plus graves, mais aussi d'accidents de genre divers.
- présenter au moment où la fête tourne court, une fausse marque d'alcool créée pour l'occasion et dont le nom, « *TROP* » détourne les codes publicitaires et vante au second degré ses mérites en renvoyant notamment à certain mode de consommation tel que le « binge drinking » avec la signature publicitaire « *Boire trop : des sensations trop extrêmes* ».



Un site Internet, www.boiretrop.fr, a été mis en place en même temps que la campagne afin de fournir une information plus complète sur l'alcool et donner des explications sur ce que « boire trop » implique en termes de conséquences sur l'organisme et de risques qui découlent d'une consommation excessive, et sa promotion sera assurée à travers une campagne de bannières sur internet notamment sur les sites privilégiés des jeunes: *Facebook, Myspace, Skyblog, Dailymotion, Youtube, Deezer*.

Une brochure d'information intitulée « *Alcool, plus d'info pour moins d'intox* » a aussi été rédigée à l'occasion de cette campagne et délivre une information simple et concrète assortie de conseils. Elle sera distribuée, dans un premier temps, dans les principaux réseaux s'occupant de jeunes (maisons de jeunes, auberges de jeunesse ...), puis, un partenariat avec l'éducation nationale permettra de diffuser cette brochure dans les lycées.

Remarque

²⁹⁸ Les différents spots radios et le spot tv de la campagne sont disponibles sur le site <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr>

La campagne « Trop » de Roselyne Bachelot s'appuie sur les codes publicitaires pour dramatiser les consommations des jeunes. Elle s'insère dans un ensemble plus large de réglementations dont nous peinons à percevoir la cohérence puisqu'il aboutira à interdire la vente d'alcool aux moins de 18 ans tout en les soumettant à davantage de pression publicitaire pour ce même produit²⁹⁹.

- Australie : « *Drinkingnightmare* »³⁰⁰

Cette campagne de prévention alcool est à la fois à destination des jeunes de 15 à 25 ans ainsi que des parents de jeunes entre 13 et 17 ans, ayant pour slogan «*Chaque semaine, 70 Australiens de moins de 25 ans sont hospitalisés suite à une agression provoquée par l'alcool ; transformez pas une soirée...en un cauchemar!*», met l'accent, d'une part, sur la consommation excessive d'alcool violences qu'elle peut occasionner en privilégiant l'éducation jeunes à faire la fête dans un bon état d'esprit, et d'autre part rôle des parents et l'encadrement de la consommation d'alcool des plus jeunes.



ne

et les
des
sur le

En plus de la campagne d'affichage, un guide « *alcool et jeunes : un guide pour les parents* » a été rédigé à l'usage des parents et traduit en 8 langues (toutes les versions étant disponibles gratuitement sur le site <http://www.drinkingnightmare.gov.au>) et des mesures concernant la vente d'alcool aux moins de 18 ans ont été adoptées.

Remarque

Comme souvent en Australie, cette campagne s'appuie clairement sur la peur.

- Autres

- France

- « *Campagne 2340* »³⁰¹

Lancé par l'association « *Entreprise et prévention* »³⁰² regroupant les principales entreprises du secteur des vins, champagnes, bières et spiritueux, le programme intitulé *Campagne 2340* vise à sensibiliser le public sur les seuils au-delà desquels la consommation présente des risques pour la santé. Elle se développe à travers des annonces presse et un site internet, et la signature de campagne « 2340 » fait référence aux seuils définis par les experts (à savoir, 2 unités d'alcool par jour pour les femmes, 3 unités d'alcool par jour pour les hommes, 4 unités d'alcool pour les consommations occasionnelles, 0 unité d'alcool, au moins un jour par semaine et dans le cadre de situations à risque).

Des annonces paraissent ponctuellement en presse magazine et dans les quotidiens nationaux et régionaux pour rappeler les seuils et les situations où l'abstinence s'impose tout en informant sur le concept d'unité d'alcool et en renvoyant vers le site www.2340.fr.

Cette campagne très généraliste en matière de consommation d'alcool est complétée par des campagnes plus contextualisées, à savoir, « *Alcool et route* », « *Alcool et travail* », « *Alcool et grossesse* », « *Alcool et parents* », « *Alcool et jeunes* » dont les supports sont disponibles sur le site de l'association.

²⁹⁹ A cet égard, voir notre document « Et les médias créèrent le binge drinking. »

³⁰⁰ Tous le matériel relatif à cette campagne est consultable sur le site <http://www.drinkingnightmare.gov.au>

³⁰¹ <http://www.2340.fr>

³⁰² <http://www.preventionalcool.com>

En complément de ces campagnes, l'association met aussi à disposition des outils de prévention disponibles via le site internet <http://www.preventionalcool.com>, ainsi qu'un site internet www.alcooletparents.com dédié aux parents afin de les aider à prévenir d'éventuelles situations à risque liées à la consommation d'alcool de leurs adolescents en proposant des informations et conseils sur la manière d'aborder le sujet de l'alcool avec les jeunes.

Remarque

Cette campagne pose la même question que « Bob » : peut-on laisser des campagnes de « prévention » aux mains des producteurs d'alcool ? En effet, il y aurait lieu d'interroger les seuils mis en avant dans cette communication.

« *En'Psythéâtre* »³⁰³

En'Psythéâtre est une association qui propose des actions pédagogiques, préventives et culturelles à travers l'interactivité sous toutes ses formes et en privilégiant la rencontre et la réflexion.

Elaboré par une psychologue-alcoologue et un comédien, « *Ça m'soûle* » est un programme de prévention des risques liés à la consommation d'alcool à destination des jeunes de 12 à 25 ans (« *Défense de défoncer!* » pour les 12-18 ans et « *Bois moins si t'es un homme!* » Pour les 18-25 ans) qui a pour but d'expliquer, d'informer et de sensibiliser les jeunes à cette problématique et leur faire acquérir des compétences leur permettant de faire des choix responsables.

- Suisse : Projet « *Raid Blue* »³⁰⁴

Le projet *RaidBlue* est un projet de la *Croix-Bleue romande* qui s'inscrit dans les activités de promotion de la santé (dans le sens défini par l'Organisation mondiale de la Santé, à savoir, bien-être physique, mental et social de l'individu), et qui s'adresse aux 14-25 ans.

Le site relatif au projet, www.raidblue.ch, est ouvert à toutes et à tous, dans le respect et la tolérance d'autrui et vise quatre objectifs : encourager la solidarité et l'échange d'expérience entre jeunes, les interpeller sur le thème des dépendances et de l'alcool en particulier, les responsabiliser par rapport à leur santé et les faire participer à la prévention, valoriser les activités et les initiatives de la jeunesse.



Diverses actions en direction des jeunes sont organisées³⁰⁵ dans le cadre de ce projet telles que la campagne de prévention à grande échelle utilisant les GSM en tant que canaux de diffusion (via des bornes bluetooth mise à disposition des organisateurs de fête et ce, dans un rayon de cinquante mètres) de messages de préventions à destination des 14-25 ans, présentés sous forme de mini films. Dans la perspective de cette campagne, des concours ont été organisés et le scénario sélectionné est réalisé et diffusé dans toute la Suisse romande.

³⁰³ <http://www.camsoule.com/>

³⁰⁴ <http://www.raidblue.ch/>

³⁰⁵ <http://www.raidblue.ch/>

- Pays-Bas : « *Drank maakt meer kapot dan je lief is* »³⁰⁶

Cadre général

« *Drank maakt meer kapot dan je lief is* » est programme de la *Trimbos instituut* en réponse aux consommations excessives et problématiques qui vise trois cibles distinctes, à savoir, les adolescents qui ne boivent pas encore, ceux qui présentent une consommation de type «Binge drinking» et les jeunes adultes qui souhaitent de l'aide.

Actions et moyens mis en œuvre

Ce programme s'articule autour de trois axes :

La stratégie d'information auprès du grand public : l'objectif est de fournir à l'ensemble de la population les données acquises de la science en matière d'alcool et de facteurs de risques. Un des vecteurs utilisés est notamment le site web *www.alcoholinfo.nl*.

L'aide à la prise de conscience : il s'agit de sensibiliser le jeune et l'entourage (les parents et les intervenants des champs sanitaire, social et politique locaux) aux problèmes liés à l'alcool. L'attitude des parents est fondamentale, et ce sont souvent eux qui fournissent les locaux où les adolescents s'adonnent à des beuveries, voire financent l'achat d'alcool. Ils le font par méconnaissance du produit et des effets chez le jeune, et par difficulté à trouver des pratiques parentales adaptées. Plus que d'un jugement, c'est d'aide dont ils ont besoin, aide fournie au moyen de campagnes de sensibilisation et de conférences-débats sur tout le territoire. Des stratégies d'interventions brèves auprès des jeunes binge drinkers, notamment via Internet, sont à l'étude.

L'identification des groupes cibles pour cerner les objectifs à atteindre : il s'agit de rencontrer les jeunes consommateurs par différents moyens, dont Internet, pour faciliter les discussions et les groupes de parole. L'objectif est d'acquérir une meilleure connaissance des motivations de consommations ainsi que des trajectoires.

³⁰⁶

<http://www.alcoholinfo.nl/>

ANNEXE N° 9 : DOSSIER DE PRESSE « PRÉVENTION ALCOOL » DANS LES FRANCHES MONTAGNES

Dossier de presse Prévention alcool dans les Franches Montagnes

Conférence de presse du 16 novembre 2006,
À l'Espace jeunes, Le Noirmont

LE POINT DE VUE DES MAIRES

Le Marché-Concours est une belle fête, mais aussi, malheureusement, l'occasion pour certain(e)s de s'enivrer plus que de raison. Ces dernières années, ce sont des personnes de plus en plus jeunes que l'on voit totalement ivres quand elles ne sont pas couchées dans le caniveau dans un état proche du coma éthylique.

Ce phénomène nous a interpellé et nous avons décidé de réagir en appelant Madame Hanin (Campagne de prévention cantonale "Soif de...") à la rescousse.

Puis, j'ai pensé que cette démarche serait utile au niveau des Franches-Montagnes. Je savais que la commune du Noirmont se préoccupait aussi de ce problème.

Madame Hanin et Transat ainsi que Monsieur Wilhelm (Radix promotion de la santé) sont venus nous présenter leurs idées et actions possibles.

L'Assemblée des Maires des Franches-Montagnes a tout de suite adhéré aux propositions émises et s'est mise au travail, aidée, épaulée, secondée efficacement par Mme Hanin et son équipe et nous les en remercions vivement.

Nous espérons que dans un proche avenir toutes les communes du district pourront appliquer les conclusions des différents groupes de travail à l'étude actuellement.

René Girardin, président de l'association des maires des Franches-Montagnes et Maire de Saignelégier

ORGANISATION GLOBALE

La démarche de politique de prévention locale des Franches-Montagnes est le résultat de la rencontre de plusieurs acteurs:

- Les communes du district par l'intermédiaire de l'association des Maires des Franches-Montagnes;
- La campagne cantonale de prévention "soif de" de la République et Canton du Jura;
- TransAT, de la Fondation Dépendances;
- Radix promotion de la santé qui développe le programme "les communes bougent" sur la Suisse romande sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique et de la Régie fédérale des alcools.

Le programme "les communes bougent" propose une méthodologie aux communes pour développer une politique locale de prévention des abus d'alcool taillée à la mesure de ses besoins. www.lescommunesbougent.ch

Radix fournit un support conceptuel et matériel, rend accessible le savoir-faire du réseau national et promeut l'échange d'expériences.

De plus, en signant la convention (voir annexe) avec Radix promotion de la santé en septembre 2006, chaque commune Franc-Montagnarde accède à un soutien financier de maximum 3.000 francs pour soutenir des actions liées à ce thème.

L'association des maires des Franches-Montagnes a mandaté un groupe de travail pour développer une politique locale de prévention sur le district des Franches-Montagnes.

Le groupe de travail "prévention jeunesse/soif de" est constitué de:

- Claudine Celji, conseillère communale, pour la commune des Breuleux,
- Dominique Froidevaux, conseillère communale, pour la commune de Saignelégier,
- Josette Bueche, conseillère communale, pour la commune de Montfaucon,
- Nicolas Girard, conseiller communal, pour la commune du Noirmont,
- Christine Halapi et Marthe Gogniat, pour les communes de Lajoux et des Genevez,
- Ruth Wenger, responsable de la prévention scolaire
- Alain Bezençon, animateur de l'Espace jeunes du Noirmont
- Marie-Hélène Hanin, responsable de la campagne cantonale « soif de... »
- François Huguenin, assistant social à TRANSAT
- Marc Braillard, policier à Saignelégier.

Il s'est réuni 8 fois depuis un an et s'est constitué en différents sous-groupes qui travaillent sur des projets concrets. Nous vous proposons de les découvrir ci-après:

FEUILLETON DE LA FAMILLE TITGUT

Pour expliciter les risques, les dangers et les mécanismes liés à l'abus d'alcool et la prise de cannabis chez les jeunes, un des groupes de travail va utiliser la presse écrite comme support, à savoir, le Quotidien Jurassien, l'Impartial et le Franc-Montagnard. Sous une appellation que l'on a résumée par le terme du "feuilleton", nous proposerons une présence régulière dans la presse, tous les deux mois environ, une forme constante et reconnaissable, qui se déclinera en trois phases de déroulement.

Au coeur du feuilleton, les tribulations de la famille TITGUT. Dans ce feuilleton, en première phase, nous suivrons le bref récit des mésaventures, des frustrations et les questionnements de cette famille. La famille TITGUT a trois filles, Corinne, Justine et Anne et deux fils Herman et Pirmin. Ces jeunes ont entre douze et dix-huit ans et sont représentatifs des adolescents de leur génération et, en quelque sorte les acteurs de leurs préoccupations et de leurs croyances.

En deuxième phase, nous proposerons le jeu du VRAI ou FAUX. Une ou deux affirmations seront posées, en lien avec l'anecdote de la famille TITGUT. Ces assertions sont tirées des croyances communes, de ce que tout le monde croit savoir, de la rue jusque dans les profondeurs des appartements familiaux. Le jeu consiste à deviner si elles sont vraies ou fausses. .. On ne gagne rien sinon à en savoir un peu plus.

Une troisième partie proposera un développement succinct des questions soulevées, par des explications scientifiques, statistiques, légales, ou sociales référencées.

Les thèmes seront sortis des problématiques liées à l'abus d'alcool et de la prise de cannabis.

Ils se regrouperont notamment autour de :

- Que signifie supporter l'alcool ou le cannabis ?
- Quels impacts ces substances ont-elles sur la santé ?
- Pourquoi prend-on de l'alcool ou du cannabis ?
- Qu'est-ce qui est dangereux ou plus dangereux ?
- Quels symptômes ou inconvénients procurent ces substances ?
- Mélanger des substances, quel résultat ?
- Y a-t-il une accoutumance à la consommation de ces substances ?

Ainsi des effets médicaux, physiologiques, comportementaux, chimiques, seront explicités, mais aussi des droits et des devoirs, définis par les lois. Les dangers sur la santé, l'apprentissage et les facultés de concentration seront également évoqués.

Nous espérons ainsi, sous une forme légère et simple, participer à une forme de conscientisation sur les réels méfaits causés par l'abus de ces substances, particulièrement chez les jeunes, encore en croissance.

Personne de référence:

François Huguenin, Les Bois, f.huguenin@trans-at.ch

SPECTACLE DES JEUNES POUR DES JEUNES

Création d'un spectacle par des jeunes pour des jeunes Dès janvier 2007, un atelier théâtre destiné aux adolescent-e-s et aux jeunes adultes de la région verra le jour au Franches-Montagnes. Cet atelier se donnera de janvier à septembre 2007 (mais pas pendant les vacances scolaires) et sera dirigé par Marie-Jeanne Liengme (Cours de Miracles). Il a pour objectif de créer un spectacle original traitant des rapports ambigus et complexes que les jeunes entretiennent avec l'alcool et, plus généralement, avec la toxico-dépendance. En septembre 2007, cette création, résultat du travail mené par les participant-e-s de l'atelier, sera prioritairement présenté aux élèves des écoles secondaires des Franches-Montagnes dans le cadre scolaire. Il n'est cependant pas exclu qu'elle fasse l'objet de représentations publiques à cette même période. L'atelier est ouvert à toute personne prête à s'engager sérieusement dans un travail de création. Il n'est pas absolument nécessaire d'avoir une expérience théâtrale préalable. L'horaire et le lieu de répétition seront fixés d'entente avec les personnes intéressées. Une première séance d'information pour les futur-e-s comédien-ne-s est fixée au 27 novembre 2006 à 19h à l'Espace Jeunes du Noirmont. Bienvenue à toutes et tous !

Renseignements complémentaires :

MJ. Liengme, Cours de Miracles, coursdemiracles@bluewin.ch ou 079/644. 21. 57

AFFICHE ET SET DE TABLE

Nos objectifs sont de promouvoir la prévention par les pairs, soit :
Elaborer une affiche sous forme de concours lancé aux étudiants de la HE-Art ainsi qu'aux étudiants du CFC santé de St-Imier.

Nous proposons de réunir durant 2 jours aux Franches Montagnes des étudiants de provenances différentes (art et santé) et de bénéficier de leurs recherches communes (professionnels à disposition) en vue de créer une affiche qu'ils restitueront aussi explicitement que possible.

Création de l'affiche

Elle s'adresse aux jeunes de 13-16 ans des Franches Montagnes où elle sera affichée.
Des sets de table pourront être créés sur la base de cette affiche.

Format A3 verticale ou horizontale

Thématique : prévention de toutes les addictions touchant la jeunesse et qualité de vie (soi / nature / relation).

Critères

Précision et pertinence du message

Correspondance aux consignes théoriques et techniques

Créativité (nouveau, du jamais vu)

En lien aux Franches Montagnes.

Délai de remise des affiches : 30.04.2007

Un jury doit être nommé et les prix du concours sont encore à définir.

Personnes de référence

Christine Halapi, Lajoux, echalapi@bluewin.ch

CANNABIS

La loi interdit la production, la remise, la vente, l'achat et la consommation de cannabis. Néanmoins, les flous sont nombreux autour de cette drogue douce, du taux de THC, des signes repérables de consommation, de la consommation "récréative"...

Pour répondre à ces questionnements spécifiques des parents sur le cannabis, le groupe de travail "soif de... des FM" propose une rencontre sur le cannabis aux parents des élèves de 7^e à 9^eme année.

Pascal Maurer, directeur de Clos-Henry (Centre de traitement et réadaptation pour personnes dépendantes, le Prédame), animera cette conférence-débat au printemps 2007.

Personne de référence:

Marie-Hélène Hanin, campagne "soif de" cantonale, marie-helene.hanin@jura.ch

DEBITS DE BOISSONS OCCASIONNELS

Le sous-groupe de travail "débits occasionnels" encourage les organisateurs de manifestations festives à améliorer la protection de la jeunesse et la qualité de leurs fêtes.

- Le sous groupe "débits occasionnels" développe des partenariats avec les organisateurs des fêtes Franc-Montagnardes comme le Chant du Gros, la fête de Muriaux...

Par exemple, plusieurs actions de prévention se déroulent autour du Marché-concours depuis deux ans: installation de points d'eau gratuits, réunion de sensibilisation des responsables de buvettes, stand bemyangel...

Chaque commune Franc-Montagnarde est appelée à redoubler d'attention autour des manifestations festives qui ont lieu sur leur territoire.

Bien entendu, cette démarche est envisagée sur le long terme.

- Le sous groupe "débits occasionnels" souhaite intervenir directement auprès des personnes qui font une requête en obtention de permis de débit d'alcool aux communes et recettes de district.

L'objectif est d'améliorer leur information sur les règles légales auxquelles ils sont soumis et sur les mesures de prévention possibles.

Le sous-groupe souhaite notamment augmenter l'application des "directives à l'intention des organisateurs concernant les conditions d'octroi d'une autorisation de danse et de débit de boissons" de 1996. Ces directives cantonales règlent différents aspects liés à la sécurité, aux émissions sonores et à la protection de la jeunesse d'une manifestation sportive.

Ce groupe de travail proposera début 2007 des modifications du formulaire de requête, de procédure administrative... à leurs partenaires cantonaux et de district.

Personne de référence:

Marie-Hélène Hanin, campagne "soif de" cantonale, marie-helene.hanin@jura.ch

FAMILLES

Le sous-groupe de travail "familles" planche sur les deux volets suivants :

- Un document de travail à mettre à disposition des infirmières scolaires ou / et des médiateurs. Ce document sera présenté lors de séances de parents pour le degré secondaire 1, voire la 6e primaire. Il permet une intervention par les acteurs de l'école. (Échéance : août 07)
« Tout ce que vous avez voulu savoir (ou ignorer) sur les conduites addictives chez les pré -adolescents et les adolescents »
- Un dépliant à l'attention des parents qui résume dans les grandes lignes le document de travail présenté dans le cadre scolaire. Ce document pourra être distribué à tous les parents d'une classe, y compris aux parents qui n'assisteraient pas à la séance, et permettra d'amorcer une discussion entre les adolescents et leurs parents. (échéance : août 07).

Afin de cibler les besoins des parents en termes de prévention alcool et tabac, le groupe de travail s'est approché de parents d'élèves de l'école secondaire. Et c'est en tenant compte de leurs questions et de leurs interrogations que le groupe de travail en a élaboré le contenu:

Sommaire :

- Aspects législatifs et responsabilités
- Une plus grande sensibilité des jeunes à la consommation d'alcool
- Conséquences
- Les différents types de consommation
- Pourquoi les jeunes sont-ils plus sensibles à l'alcool que les adultes ?
- Qu'est-ce que l'alcool ?
- Conséquences de l'abus d'alcool
- Premiers soupçons
- La consommation de cannabis est-elle dangereuse pour les jeunes ?
- Pourquoi les jeunes en consomment-ils ?
- Conséquences de la consommation de cannabis
- Les signes caractéristiques des effets du cannabis
- Premiers soupçons
- Préjugés et stéréotypes
- Quelques chiffres
- Les pistes de prévention
- Que fait l'école ?

Les informations contenues tant dans le dépliant que dans le document à présenter dans les écoles sont établies sur des données scientifiques ainsi que sur le résultat d'enquêtes effectuées régulièrement en Suisse et se veulent les plus objectives possibles.

Personne de référence:

Alain Bezençon, Espace jeunes des FM, alain_bezencon@hotmail.com

CONVENTION "LES COMMUNES BOUGENT"

Vous trouverez ci-après un exemple de convention signée en septembre 2006 par les maires des Franches-Montagnes.

Convention

Les communes bougent !

Pour une politique locale de prévention, notamment de l'abus d'alcool

La commune des Genevez, s'inscrit dans la campagne de prévention cantonale « Soif de » et dans le programme national « Les communes bougent ! ».

Dans le cadre du projet, la commune des Genevez, donne mandat, via l'association des maires, au groupe de travail "prévention jeunesse/Soif de", de définir, selon ses besoins, une politique locale en matière de prévention. Le groupe de coordination met à disposition du réseau national ses connaissances.

Trans-AT (Fondation dépendances), en collaboration avec la campagne de prévention « Soif de ... » de la république et canton du Jura et Radix Promotion de la santé, soutiennent la commune de manière compétente et l'accompagnent dans le développement de sa politique locale de prévention, notamment de l'abus d'alcool.

Pour assurer le développement d'une politique locale de prévention, il faut donner réponse aux 3 critères principaux suivants :

- *Etat des lieux*
Evaluation des besoins et des ressources locales en matière de prévention notamment des abus d'alcool.
- *Engagement*
Le Conseil communal octroie un mandat à un groupe de travail pour développer une politique locale en matière de prévention et définir les moyens et mesures nécessaires voire souhaitables.
- *Ancrage*
Le Conseil communal veille à enraciner durablement la politique locale en matière de prévention.

Commune

Stéphane Rohn, Maire (Lieu, date)

Pour le service régional Trans-AT :
Fernand Poupon (Lieu, date)

Marié-Hélène Hanin (Lieu, date)
Coordinatrice « Soif de ... »

Christian Wilhelm (Lieu, date)
Responsable de projet

Les communes bougent

ANNEXE N° 10 : « CHRONIQUE D'UNE FAMILLE COMME LES AUTRES », DES MESSAGES CONCRETS DE LA CAMPAGNE EN FRANCHES MONTAGNES

Chronique d'une famille comme les autres

C'est trop injuste!

Corinne Titgut trouve tout trop injuste et se sent incomprise par sa famille. On lui refuse un verre de rouge à table, avec le reste de la famille et pourtant, elle a bientôt quatorze ans. Elle a bien dit que, chez sa meilleure amie, même le garçon de douze ans avait droit à son verre le dimanche.

VRAI ou FAUX?

QUAND ON EST JEUNE, ON SUPPORTE BIEN L'ALCOOL.

C'EST FAUX!

- Les adolescents ont généralement un poids plus faible que les adultes. Pour cette raison, lorsqu'ils consomment de l'alcool, la concentration d'alcool est plus importante que chez un adulte. De plus, l'enzyme nécessaire à la décomposition de l'alcool est encore peu présent dans leur foie. Les adolescents éliminent donc aussi moins bien l'alcool que les adultes.
- L'alcool peut mener rapidement au coma éthylique chez un ado, notamment lors d'absorption de quantités importantes et en peu de temps (concours). Le coma éthylique peut provoquer la mort.
- Les effets négatifs de l'alcool sur le corps sont plus importants chez les jeunes. Une consommation importante d'alcool freine la production d'hormones de croissance et le cerveau des adolescents en développement est particulièrement exposé aux dégâts de l'alcool.
- Une faible quantité d'alcool modifie déjà les comportements chez des adolescents (agressivité, état dépressif...) et augmente le risque d'accidents.
- Plus l'alcool est consommé jeune, plus les risques de dépendance à l'âge adulte sont grands.

Pour en savoir plus : www.sfa-isp.ch

Chronique d'une famille comme les autres

Comme un garçon.

Anne Titgut voulait se montrer à la hauteur l'autre soir. Elle a ingurgité toutes ces bières, comme ses copains! La première avait un drôle de goût, mais bien vite, elle a commencé à rire toute seule, elle voyait les autres comme dans un brouillard... Elle ne savait plus très bien où elle était. Heureusement, ses copains ont été sympas et l'ont reconduite à la maison.

VRAI ou FAUX?

LES GARÇONS, ÇA SUPPORTE PAS L'ALCOOL, MAIS LES FILLES, C'EST ENCORE PIRE!

C'EST VRAI

- Chez les femmes, l'alcool passe plus rapidement dans le sang que chez les hommes, en raison notamment d'une plus grande proportion de tissus gras imperméables à l'alcool.
- Le taux d'alcoolémie évolue aussi en fonction du poids et de la masse musculaire qui sont souvent plus faibles chez les femmes.

Pour ces deux raisons, les femmes supportent effectivement moins bien l'alcool que les hommes.

Pour en savoir plus : www.sfa-ispa.ch

Chronique d'une famille comme les autres

Mauvais coup de main.

Pour l'anniversaire de ses 14 ans, Corinne Tytgut organise une fête dans le garage de ses parents. Elle se rend donc au magasin le plus proche afin de faire une provision d'alcopops.

Oh ! surprise, elle se voit refuser ses achats par la caissière.

Fâchée, elle téléphone à Julien qui est majeur. Il lui dit de ne pas s'inquiéter, il fera les courses lui-même.

VRAI ou FAUX?

C'EST COOL, CE PLAN ! CORINNE AURA TOUT L'ALCOOL QU'ELLE VEUT SANS PROBLEME.

C'EST FAUX

- Celui qui vend ou remet des boissons alcooliques à un enfant de moins de 16 ans sera puni de l'emprisonnement ou de l'amende (Loi sur les Auberges et code pénal suisse).
La caissière a donc respecté la loi et protégé la santé de Corinne. Mais ce plan n'est peut être pas si cool pour Julien: il s'expose à certains problèmes légaux en remettant de l'alcool à Corinne. Et puis... si la soirée d'anniversaire de Corinne tournait mal?
- De 16 à 18 ans, la loi permet uniquement la vente ou la remise de boissons fermentées telles que le vin et la bière.
- Ce n'est qu'à partir de 18 ans que la vente et la remise d'"alcool fort" (dont les alcopops!) sont autorisés.

Pour en savoir plus : www.sfa-ispa.ch

Chronique d'une famille comme les autres

Samedi soir en ville.

Ahmed Titgut sort avec ses copains. Les trottoirs sont plein de neige et il fait un froid à ne pas mettre un chien dehors.

Pour se réchauffer, Ahmed et ses potes avalent des vodkas cul sec.

Ahmed a du mal à marcher sur les trottoirs enneigés. Il glisse et tombe contre un talus de neige. Tout le monde hurle de rire.

Les potes continuent leur chemin en riant et Ahmed reste seul dans la neige. Toute l'équipe saute dans le dernier train et continue sa beuverie en se défoulant sur les sièges du train avec des canifs. Le contrôleur arrive et demande aux auteurs de se dénoncer. Personne ne bouge, tout le monde se moque du contrôleur.

Pendant ce temps, Ahmed est toujours dans la neige...

VRAI ou FAUX? AHMED S'EST SIMPLEMENT ENDORMI DANS LA NEIGE, IL N'Y A PAS LIEU DE S'AFFOLER. ET PUIS, L'ALCOOL, ÇA RECHAUFFE!

C'est Faux.

Lorsqu'une personne s'endort très profondément après avoir consommé de l'alcool, il y a de fortes chances que ce sommeil soit un coma éthylique qui peut bloquer les fonctions respiratoires. Donc, Ahmed est en danger de mort.

De plus, la consommation d'alcool donne une impression de réchauffement mais en réalité, elle fait baisser la température corporelle.

Alors, solidaire avec les potes dans le train ou solidaire d'Ahmed ?

Qu'auriez-vous fait?

Pour en savoir plus : www.sfa-ispa.ch

Chronique d'une famille comme les autres

Dissension dans la famille Titgut.

La semaine passée, Corinne a été ramenée ivre à la maison par ses copains. Samedi soir, à table, elle a tenu des propos incohérents et s'est vantée d'avoir fumé un joint.

Cette situation a donné lieu à une dispute mémorable entre le père et la mère. A entendre sa fille, le père s'est écrié de rire, en disant que lui aussi quand il était jeune..., qu'il n'en est pas mort..., qu'il ne fume actuellement plus que des cigarettes, et que c'est devenu normal... et que fumer des joints n'a jamais fait de mal à personne.

La mère hurle que sa fille est une droguée, qu'elle est accro, qu'elle met sa santé et sa scolarité en danger, ... que c'est illégal,... et que son mari raisonne comme un sac à pain...

VRAI ou FAUX? LE CANNABIS EST LEGAL

C'est FAUX!

En Suisse, la loi sur les stupéfiants interdit la production, la remise, la vente, l'achat et la consommation de toutes les drogues (douces et dures).

VRAI ou FAUX? LE CANNABIS DETEND ET N'EST PAS DANGEREUX.

C'est FAUX!

Est-on est vraiment détendu si on a besoin d'un produit pour cela? De plus, le cannabis, en amplifiant certaines sensations, amplifie aussi les éventuels sentiments de solitude, de tristesse qu'on voudrait éloigner... Et puis, si on consomme du cannabis pour oublier ses soucis, on ne se met pas en état de les résoudre et d'avoir une vie plus cool... Le cannabis donne seulement l'illusion d'être détendu.

Le goudron inhalé en fumant un joint est 2 à 3 fois plus élevé qu'avec du tabac. L'absence de filtre, l'inhalation plus intense et plus longue de la fumée conduisent à un dépôt plus élevé dans les voies respiratoires. Il y a plus de risque de cancers ORL et de maladies des poumons.

Si on mélange le cannabis au tabac, une consommation régulière peut conduire à une dépendance à la nicotine.

En outre, selon le type de produits, le taux de THC est de 10 à 30 fois plus élevé qu'il y a dix ou vingt ans.

Pour en savoir plus : www.sfa-ispa.ch