



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin de l'Éducation Nationale

Promotion 2004

**PRÉVENTION DES CONDUITES
ADDICTIVES EN MILIEU SCOLAIRE :
PRATIQUE DES ENSEIGNANTS.
(Revue de la littérature, enquête personnelle)**

Alexandra Dubernet

Remerciements

Mesdames et Messieurs les enseignants

Pour avoir accepté de participer à cette enquête

Veillez trouver ici l'expression de nos remerciements.

Madame le Docteur Roselyne Clerc, médecin conseiller technique auprès de l'inspecteur d'académie

Pour l'accueil et le soutien tout au long de l'année

Veillez trouver ici l'expression de nos remerciements.

Madame le Docteur Joëlle Gaillot- Angermann, médecin de l'Éducation Nationale, maître de stage

Pour avoir apporter son soutien et son aide tout au long de l'année

Veillez trouver ici l'expression de nos remerciements.

A ma famille

Pour son soutien et sa patience tout au long de l'année

Veillez trouver ici l'expression de nos remerciements.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 OBJECTIF GÉNÉRAL.....	3
2 PRÉSENTATION DU CADRE CONCEPTUEL.....	3
2.1 CHANGEMENT D'ORIENTATION DES POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION.....	3
2.1.1 PRINCIPES FONDAMENTAUX.....	3
2.1.2 OBJECTIFS GÉNÉRAUX	4
2.2 CONNAISSANCE ACTUELLE DES MODES DE CONSOMMATION.....	4
2.2.1 DÉFINITIONS	4
2.2.2 ÉTAT DES LIEUX DE LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES.....	8
3 PRÉSENTATION DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	10
3.1 OBJECTIF.....	10
3.2 MÉTHODE.....	10
3.3 RÉSULTATS.....	11
3.3.1 LA POLITIQUE DE PRÉVENTION	11
3.3.2 L'ÉCOLE ET LA PRÉVENTION.....	13
3.3.3 LA PLACE DES ENSEIGNANTS DANS LA PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES.....	16
4 PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE PERSONNELLE.....	18
4.1 OBJECTIF.....	18

4.2	MÉTHODE	18
4.2.1	LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	18
4.2.2	LE QUESTIONNAIRE.....	18
4.2.3	TRAITEMENT DES DONNÉES	21
4.3	RÉSULTATS.....	22
4.3.1	RÉSULTATS ENREGISTRÉS.....	22
4.3.2	ANALYSE DES RÉSULTATS.....	35
4.3.3	QUESTION OUVERTE.....	38
5	DISCUSSION ET PRÉCONISATIONS.....	39
5.1	DISCUSSION INTERNE.....	40
5.2	DISCUSSION EXTERNE	41
5.2.1	LES INTERVENTIONS:.....	41
5.2.2	LE PARTENARIAT	42
5.2.3	FACTEURS INFLUENCANT CES INTERVENTIONS	43
5.2.4	LES OBSTACLES A CES INTERVENTIONS	43
5.2.5	AUTRES DIFFICULTES RENCONTRÉES.....	44
5.2.6	REPRÉSENTATION QUANT A LEUR RÔLE.....	45
5.2.7	FACTEURS INFLUENCANT LA REPRÉSENTATION DE LEUR RÔLE.....	46
5.2.8	LA FORMATION	47
5.3	LES PRÉCONISATIONS	48
5.3.1	INSTALLER UNE COHÉRENCE ET UNE CONTINUITÉ DANS LES INTERVENTIONS.....	48
5.3.2	RENFORCER, VALORISER LE PARTENARIAT	50
5.3.3	FAVORISER ET RENFORCER LES COMPÉTENCES.....	51
	CONCLUSION	53
	BIBLIOGRAPHIE	55
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

- ◆ **Personnel ATOSS** : Personnel administratif, technique, ouvrier, de service sociaux et de santé
- ◆ **BDSP**: Banque de données de Santé Publique
- ◆ **CESC**: Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
- ◆ **CFES**: Comité français d'éducation à la santé
- ◆ **CIM 10**: Classification Internationale des Maladies
- ◆ **CIRDD**: Centre d'information régional et de documentation sur les drogues
- ◆ **CNDP**: Centre national de documentation pédagogique
- ◆ **COP**: Conseiller pédagogique d'orientation
- ◆ **CPE**: Conseiller pédagogique d'éducation
- ◆ **DSM 4**: Diagnostic et Statistiques des Troubles Mentaux
- ◆ **EN**: Education Nationale

- ◆ **INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

- ◆ **IUFM**: Institut universitaire de formation des maitres

- ◆ **MILDT**: Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies

- ◆ **OFDT**: Observatoire français des drogues et des toxicomanies

- ◆ **REP**: Réseau d'éducation prioritaire

- ◆ **RPI** : Regroupement pédagogique intercommunal

- ◆ **SOFRES**: Société française d'étude et de marché d'opinion

- ◆ **ZEP**: Zone d'éducation prioritaire

INTRODUCTION

On constate actuellement chez les jeunes (âgés de 14 à 18 ans) en France une augmentation de la consommation des substances psychoactives, et une première expérimentation de l'usage de ces substances de plus en plus jeune.

Des polyconsommations de substances psychoactives pouvant donner lieu à dépendance sont de plus en plus fréquentes.

L'usage répété de ces substances peut entraîner des dommages à la fois physiques psychiques et sociaux, et notamment avoir des répercussions sur la scolarité et l'avenir de ces jeunes.

Devant ce constat une des réponses que l'on peut apporter relève de l'éducation et de la prévention¹.

La prévention repose sur la qualité des relations entre jeunes et adultes, elle s'exerce là où sont les jeunes c'est à dire à l'école mais aussi hors de l'école (association culturelle ou sportive, milieu festif). En conséquence ce n'est plus le seul fait de spécialistes mais de tous les acteurs du milieu médico-socio-éducatif.

Les enseignants se trouvent être les adultes les plus fréquemment en contact avec les jeunes (en dehors des parents).

Ce mémoire se propose de réaliser un état des lieux de leur pratique dans le domaine de la prévention des conduites addictives.

Dans le cadre de ses missions le médecin de l'Éducation Nationale (médecin de l'EN) doit sensibiliser l'ensemble de l'équipe éducative à l'importance de la prise en compte de la dimension santé. Il doit promouvoir sous l'égide du chef d'établissement une démarche participative de tous les acteurs pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet santé intégré au projet de l'établissement.

Donc l'intérêt de ce sujet pour le médecin de l'EN se situe aussi bien au niveau de la formation des personnels enseignants, qu'au niveau de la fonction de conseiller technique qu'il occupe auprès de l'ensemble de l'équipe éducative. Il peut être amené également dans ce contexte à jouer un rôle d'expert en santé publique

¹ Drogues : Savoir plus, prévention de l'usage de drogues. Le livret de connaissance. Paris : Mildt-CFES, janvier 2002, 69p

Constats professionnels :

Des actions de prévention existent au sein de l'école mais sont très souvent menées par des partenaires extérieurs spécialisés dans la prévention des conduites addictives, sans participation active de l'équipe éducative². Des difficultés apparaissent pour mobiliser les enseignants.

En Moselle des cours optionnels sont proposés à L'institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) sur la prévention des conduites addictives. Cette année faute d'inscrits les cours ont été supprimés.

Questionnement :

Quelle est l'implication des enseignants dans la prévention des conduites addictives ?

² DEZENNE V., *et al.* Prévention de la toxicomanie en milieu scolaire. Utilité, limites. Psychologie médicale, 1993, n°25 tome 12, pp 1185-1187

1 OBJECTIF GÉNÉRAL :

L'objectif général de ce mémoire a été d'évaluer la pratique des éducateurs, en particulier les enseignants dans la prévention des conduites addictives chez les jeunes fréquentant un établissement scolaire.

2 PRÉSENTATION DU CADRE CONCEPTUEL :

Ces dernières années la prévention de l'usage des substances psychoactives a évolué, du fait de la connaissance des différents comportements de consommation, des spécificités des différents produits, et des difficultés rencontrées par les jeunes consommateurs.

2.1 CHANGEMENT D'ORIENTATION DES POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION³:

La prévention s'appuie aujourd'hui sur les orientations présentées dans le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances de juin 1999.

2.1.1 PRINCIPES FONDAMENTAUX

Dorénavant la personne est au centre de la prévention et non plus le produit. On est passé d'une politique publique de lutte contre la drogue axée sur l'interdit et la recherche de l'abstinence, vers une approche fondée sur la distinction des différents comportements et la notion de polyconsommations.

³ Drogues : Savoir plus, prévention de l'usage de drogues. Le livret de connaissance. Paris : Mildt-CFES, janvier 2002, 69 p

La prévention repose sur le respect des autres et de soit même, sur la responsabilisation et l'implication des publics auxquels elle s'adresse.

2.1.2 OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Etant donné qu'un premier contact précoce⁴ avec une substance psychoactive pouvant donner lieu à dépendance augmente le risque d'avoir une consommation problématique à terme, les objectifs généraux de la prévention sont actuellement : d'éviter la première consommation ou du moins de la retarder, d'éviter le passage de l'usage à l'abus et à la dépendance. Mais aussi de réduire les risques liés à la consommation.

2.2 CONNAISSANCE ACTUELLE DES MODES DE CONSOMMATION⁵ :

2.2.1 DÉFINITIONS (critères retenus par l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) voir annexe 2) :

-L'EXPÉRIMENTATION: désigne le fait d'avoir consommé au moins une fois un produit dans sa vie écoulée.

-LA CONSOMMATION OCCASIONNELLE: désigne le fait d'avoir consommé une substance un petit nombre de fois au cours d'une période de temps donnée ou de consommer de façon irrégulière.

Pour le tabac : consommation non quotidienne au cours du dernier mois

Pour l'alcool : une ou deux consommations au cours du dernier mois

Pour le cannabis : une à neuf consommations au cours de l'année

-LA CONSOMMATION RÉPÉTÉE :

Pour le tabac : consommation quotidienne (au moins une cigarette par jour au cours du dernier mois)

⁴ Baromètre Santé 2000 Drogues : Savoir plus, prévention de l'usage de drogues. Le livret de connaissance. Paris : Mildt-CFES, janvier 2002, 69 p

⁵ Drogues : Savoir plus, prévention de l'usage de drogues. Le livret de connaissance. Paris : Mildt-CFES, janvier 2002, 69 p

Pour l'alcool : plus de dix consommations au cours du dernier mois

Pour le cannabis : plus de dix consommations au cours de l'année

-LA CONSOMMATION RÉGULIÈRE :

Pour le cannabis : plus de dix et moins de vingt consommations par mois.

-LA POLYEXPÉRIMENTATION :

Désigne le fait d'avoir déjà consommé au cours de sa vie au moins deux des trois produits les plus courants (tabac, alcool, cannabis).

-LE POLYUSAGE RÉPÉTÉ :

Désigne le fait d'avoir déclaré un usage répété pour au moins deux de ces trois produits : tabac (au moins une fois par jour), alcool (au moins dix fois par mois), cannabis (au moins dix fois par an).

-L'IVRESSE REPÉTÉE :

Pour l'alcool, au moins dix épisodes d'ivresse au cours de l'année.

-LA CONSOMMATION INTENSIVE :

Pour le tabac : plus de dix cigarettes par jour au cours du dernier mois.

Pour le cannabis : plus de vingt consommations par mois.

LES CONDUITES ADDICTIVES : sont l'ensemble des modalités⁶ de consommation de l'ensemble des substances psychoactives .Cette notion⁷ s'étend actuellement à un ensemble de troubles des conduites marqués subjectivement ou physiologiquement par une contrainte entraînant le sujet à réitérer compulsivement une expérience malgré la présence de conséquences manifestes pour sa santé ou sa place dans la société

⁶ PARQUET PJ. Conduites addictives. Pour une approche de la consommation des substances psychoactives. Revue du Praticien, juin2003, n°12 tome 53, pp1291-1293

⁷ VIGNAU J, KARILA L. Les conduites addictives à l'adolescence. Revue du praticien, juin 2003, n°12 tome 53, pp1315-1318

Ces modalités sont les suivantes⁸ :

-l' usage : est caractérisé par une consommation de substances psychoactives qui n'entraîne ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives

Les pratiques d'usage se réfèrent à trois modalités de consommation :

La non consommation

La consommation socialement réglée : en lien direct avec le refus, la tolérance, ou au contraire la valorisation d'une substance par une société donnée à un moment donnée

La consommation à risque : qui dans certaines circonstances est susceptible d'entraîner des dommages. Il convient donc d'informer de ces risques.

-l' abus : consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux soit pour le sujet lui-même soit pour son environnement proche ou à distance, les autres, la société.

Le caractère pathologique est défini par la répétition de la consommation et par la constatation de dommages induits.

Selon le Diagnostic et statistiques des troubles mentaux (DSM 4) : Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

- Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple absences répétées, mauvaises performances, absences, exclusions, négligences des enfants ou des tâches ménagères du fait de l'utilisation d'une substance)
- Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine sous l'influence d'une substance)

⁸ REYNAUD M., et al. Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Rapport au directeur général de la Santé, Paris : Odile Jacob, 2000, pp 10-13

- Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).
- Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres)

Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substances, les critères de dépendance à une substance.

-la dépendance : brutale ou progressive selon les produits, elle est installée quand on ne peut plus se passer de consommer sous peine de souffrances physiques et ou psychiques.

Selon le DSM 4 : La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif comme en témoigne trois ou plus des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :

- Existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - besoin de quantités majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
- Existence d'un syndrome de sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - syndrome de sevrage caractéristique de la substance.
 - la même substance (ou apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les syndromes de sevrage.
- La substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu.
- Un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- Un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.

- D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
- Problème physique ou psychologique persistant ou récurrent, déterminé ou exacerbé par la substance.

2.2.2 ÉTAT DES LIEUX DE LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (chez les jeunes en France)

D'après le livret de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies et du comité français d'éducation à la santé (MILDT-CFES⁹), il a été constaté actuellement chez les jeunes en France une augmentation de la consommation des substances psychoactives et une diminution de l'âge de la première expérimentation.

-Pour l'alcool : entre 1993 et 1999 à l'âge de 16 ans l'expérimentation est passée de 81% à 86% chez les garçons et de 79% à 85% chez les filles. La consommation répétée est restée stable. L'âge moyen de la première ivresse est de 15 ans pour les garçons et de 17 ans pour les filles

-Pour le tabac : augmentation de la consommation quotidienne (entre 1993 et 1999 de 29% à 39% chez les garçons et de 27% à 41% chez les filles de 18 ans) et de l'expérimentation (entre 1993 et 1999 de 39% à 58% chez les garçons et de 46% à 63% chez les filles de 14 ans). Elle concerne surtout les 14-18 ans

-Pour le cannabis : entre 1993 et 1999 à l'âge de 18 ans l'expérimentation est passée de 34% à 59% chez les garçons et de 17% à 43% chez les filles. L'âge de la première expérimentation étant de 15 ans pour les garçons et de 17 ans pour les filles.

-Pour les médicaments psychotropes : hors prescription médicale en 1999 l'expérimentation concerne chez les 14-18 ans 17,4% des filles et 11% des garçons.

-Pour l'ecstasy : l'expérimentation concerne 1,8% des filles et 3,4% des garçons de 14 à 18 ans en 1999, l'âge moyen de la première expérimentation est de 16 ans. L'usage répété est rare, moins de 15%. La consommation se fait essentiellement au cours des fêtes techno : un jeune sur trois de 17 à 19 ans s'y est déjà rendu.

⁹ Drogues : Savoir plus, prévention de l'usage de drogues. Le livret de connaissance. Paris : Mildt-CFES, janvier 2002, 69 p

-La polyconsommation est de plus en plus fréquente.

L'alcool, le tabac, et le cannabis sont les substances les plus courantes.

A 17 ans la polyexpérimentation de trois produits est de 38,8% chez les filles, et de 17 à 19 ans elle est passée de 47% à 57% chez les garçons.

A 17 ans le polyusage répété de deux produits est de 12% chez les filles, et de 17 à 19 ans il est passé de 23% à 34% chez les garçons.

Le tabac est le plus souvent présent dans un polyusage répété, et il est le meilleur prédicteur de la consommation/abus d'alcool et de substances illicites chez l'enfant et l'adolescent.

En effet les jeunes qui signalent fumer un paquet de cigarettes ou plus par jour¹⁰, ont par rapport aux non fumeurs trois fois plus tendance à boire de l'alcool, et dix à trente fois plus tendance à consommer des substances illicites.

D'après le rapport du Professeur Reynaud : il existerait une progression de la consommation selon l'âge. Des enquêtes épidémiologiques effectuées chez l'enfant, permettraient d'affirmer un processus de consommation de substances licites (l'alcool et le tabac) ou illicites (le cannabis, l'ecstasy, la cocaïne, l'héroïne, les médicaments psychotropes, et autres substances psychoactives) débutant dès 9-10 ans, et augmentant surtout vers 15 ans. L'évolution de la consommation se faisant, lorsqu'elle doit exister, des drogues licites vers celles illicites.

Quant aux phénomènes d'abus/dépendance, ils apparaîtraient vers la fin de l'adolescence ou au seuil de l'âge adulte.

L'initiation et la consommation précoce de substances psychoactives, constitueraient le meilleur prédicteur d'abus et/ou dépendance à ces substances à la fin de l'adolescence et à l'âge adulte.

¹⁰ REYNAUD M., et al. Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Rapport au directeur général de la Santé, Paris : Odile Jacob, 2000, pp 10-32

3 PRÉSENTATION DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE :

3.1 OBJECTIF

L'objectif était de rechercher des articles portant sur la pratique des enseignants dans la prévention des conduites addictives chez les jeunes en milieu scolaire.

3.2 MÉTHODE

Les sources bibliographiques ont été les suivantes :

- La banque de données bibliographique Toxibase (accès par www.toxibase.org).
Les mots clés utilisés étaient (prevention) et (addiction) et (ecole)
- La base de données bibliographique Medline (accès par www.ncbi.nlm.nih.gov).
Les mots clés utilisés étaient (prévention) and (addiction) and (school)
- La banque de données de Santé Publique (BDSP), (accès par www.bdsp.tm.fr).
Les mots clés utilisés étaient [enseignant] et [prevention] et [addiction]
- La banque de données de l'école nationale de santé publique (accès par www.ensp.fr). Les mots clés utilisés étaient [enseignant] et [prevention] et [dependance toxique]

Après lecture des titres et résumés, les publications qui ne correspondaient pas à notre sujet étaient éliminées, et celles retenues étaient analysées en détail. La lecture de l'intégralité de ces références a permis de retenir des articles répondant effectivement à nos objectifs.

Les références citées dans ces publications ont été examinées à la recherche d'articles non répertoriés lors des requêtes dans les différentes sources bibliographiques utilisées.

3.3 RÉSULTATS

Après une lecture des résumés il a été retenu :

- Sept articles au niveau de la banque de données Toxibase
- Un article au niveau de la banque de données bibliographique Medline
- Un article au niveau de la banque de données B.D.S.P
- Un article au niveau de la banque de données de l'ENSP

Après la lecture des articles il a été retenu :

- Quatre articles et un ouvrage au niveau de la banque de données Toxibase
- Un article au niveau de la banque de données B.D.S.P

Après lecture de la bibliographie de ces publications deux ouvrages, deux rapports ainsi que deux bulletins officiels de l'EN ont également été retenus.

De notre recherche bibliographique, il a été retenu comme base de réflexion les trois axes suivants :

3.3.1 LA POLITIQUE DE PRÉVENTION

En décembre 2003 un texte a été adressé aux personnels de l'Éducation Nationale¹¹ à propos de la politique éducative de santé à l'école (programme quinquennal). Parmi les objectifs prioritaires, le ministère avait retenu l'importance de la prévention des conduites addictives. Suite aux constats d'une expérimentation de plus en plus précoce, d'une consommation plus ou moins régulière, et de modes d'utilisation très variés des substances psychoactives chez les adolescents ; il a été énoncé l'importance de la continuité des actions tout au long de la scolarité, en commençant dès l'école primaire.

¹¹ La santé des élèves : Programme quinquennal de prévention et d'éducation. Circulaire N°2003-210 du 1-12-2003 (BO n° 46 du 11 décembre 2003)

Il a été également rappelé ce qui suit :

-Faire connaître et renforcer l'application des lois relatives à la consommation des produits licites (n° 91-32 du 10 janvier 1991) et illicites (du 31 décembre 1970) dans les établissements, en particulier dans les lycées ; et les inscrire dans le règlement intérieur. C'est à ce niveau que le chef d'établissement joue un rôle important.

-Rappeler les sanctions disciplinaires et judiciaires encourues en cas d'infraction à la législation sur les stupéfiants.

-Informers, sensibiliser les adolescents mais également les parents et les personnels de l'établissement sur ce sujet.

Ce programme énonçait également le rôle important occupé par tous les membres de la communauté éducative, que ce soit le personnel de santé, les travailleurs sociaux, mais également les enseignants qui sont le plus souvent en contact avec les jeunes. Il a été rappelé que l'implication des familles et la collaboration avec les partenaires extérieurs ne devaient pas être négligées.

-Développer des actions d'aide aux jeunes en situation de consommation à risque et les orienter si besoin vers des spécialistes.

Dans l'ouvrage du centre national de documentation pédagogique (CNDP), il a été dit que l'objectif de la politique publique était de transmettre aux élèves des informations et de leur permettre de se les approprier pour effectuer les bons choix de vie et de comportement. Cela supposerait une cohérence du discours des adultes vis à vis des jeunes, mais également au sein de l'institution entre les orientations académiques et celles du chef de projet départemental. L'objectif commun au final étant, comme il a été spécifié dans le programme quinquennal, de retarder les premières consommations et d'éviter le passage de consommations occasionnelles à des consommations abusives.

C'est ainsi que la collaboration devrait être renforcée entre : les coordinateurs de CESC, les personnes ressources au niveau académique, et les chefs de projet drogues et dépendance au niveau départemental.

Le chef de projet ayant comme mission principale d'élaborer le programme départemental de prévention, s'inscrivant au niveau local sur la politique de lutte contre la consommation de substances psychoactives (légalles ou illégales) et la prévention des dépendances. Les personnes ressources, nommées par l'inspecteur d'académie (directeur des services départementaux de l'éducation nationale) serviraient de conseillers auprès des établissements scolaires.

3.3.2 L'ÉCOLE ET LA PRÉVENTION

Il a été rapporté que les chefs d'établissement¹² devaient à la fois tenir compte de l'impulsion académique, des orientations définies par les chefs de projet départementaux et de la réalité du terrain. La politique de prévention définie par les textes officiels étant d'ailleurs souvent perçue comme trop générale et loin de la réalité locale.

Une enquête¹³ a été réalisée en 1991 auprès de 24 chefs d'établissements du second degré sur un échantillon de 26 établissements de trois Académies (Paris, Versailles et Créteil), au moyen d'entretiens semi directifs. Cette enquête faisait suite à une précédente réalisée en 1981 (13 établissements avaient été conservés dans l'échantillon afin de permettre l'étude de l'évolution des perceptions sur 10 ans).

L'objectif de cette étude était donc de recueillir la représentation qu'avaient ces chefs d'établissements de la prévention et du phénomène de consommation de substances psychoactives chez les adolescents. Leur niveau de connaissance sur ce sujet et leur opinion sur le rôle joué par l'école étaient également abordés.

De façon générale il s'agissait d'un sujet difficile à appréhender pour eux. Deux types d'attitude à l'égard de la prévention apparaissaient (sans résultats chiffrés) :

-Il y avait ceux qui pensaient que l'école avait un rôle à jouer

-Ceux qui disaient que la prévention était de la responsabilité de la famille et de la société et par conséquent ne relevait pas de l'Education Nationale.

Leur représentation du phénomène n'était pas homogène et traduisait un manque de connaissance des produits, des modalités de consommation et de la manière d'aborder cette prévention. Ils hésitaient d'ailleurs sur l'attitude à avoir, répressive ou compréhensive en cas de confrontation avec un problème d'usage de substances psychoactives.

A propos des formations relatives aux conduites addictives les réponses étaient très contradictoires : la moitié d'entre eux n'avaient pas d'avis, parmi les autres certains pensaient que ces formations existaient et étaient utiles, pour d'autres en se réduisant à une simple information elles n'avaient pas d'utilité.

¹² Lutte contre la drogue et prévention des dépendances. Vers un dispositif en réseau. Repères CNDP, juin 2002.

¹³ LESELBAUM N., et al. Les attitudes et les opinions des chefs d'établissement à l'égard des toxicomanies. Paris, INRP, 1992, 39 p

De ces entretiens semi directifs, il ressortait également que la tâche prioritaire des professeurs était d'enseigner. S'ils étaient intéressés par une formation, ils comptaient sur l'intervention de l'équipe de santé scolaire. Ils souhaitaient que l'école participe à cette prévention, mais ils pensaient que les enseignants n'avaient pas le temps ni les moyens de le faire et dénonçaient le bénévolat.

Ces difficultés rencontrées étaient également décrites par les enseignants dans l'article de Dezenne et al¹⁴ : Il s'agissait d'une étude sociologique à propos des pratiques de prévention dans le domaine des conduites addictives en milieu scolaire. Elle a été effectuée sur une période de huit mois par un groupe d'intervenants de l'intersecteur psychiatrique, auprès du personnel d'un établissement situé en Zone d'éducation prioritaire (ZEP) dans les quartiers Nord de Marseille. Des rencontres et entretiens semi directifs étaient organisés auprès des personnes qui se sentaient le plus concernées par ce sujet (directeur, deux conseillers pédagogiques d'éducation (CPE), deux professeurs, une assistante sociale).

Les personnes interrogées faisaient part de la faible marge de manœuvre dont ils disposaient, du fait des obligations de résultats scolaires, du contexte hiérarchique et de la situation économique nécessitant un travail scolaire soutenu.

Ensuite ils avouaient leur gêne face aux questions de leurs élèves, les renvoyant pour certains à leur position difficile de parent ou à leur adolescence.

Enfin ils se sentaient souvent isolés, démunis, avaient un sentiment d'impuissance et d'effroi vis à vis de la prise de produits licites et illicites et hésitaient sur la façon de gérer la situation.

Des difficultés relationnelles étaient également décrites avec :

- le cadre administratif au niveau du règlement des conflits
 - le médecin de l'EN auxquels ils reprochaient d'interposer trop souvent le secret médical et avec qui ils ne voulaient pas entrer en rivalité
 - les partenaires extérieurs qui ne les faisaient pas forcément participer à leur intervention.
- Ils faisaient remarquer aussi qu'il était difficile d'assurer la cohérence et l'efficacité des actions de prévention¹⁵, quand les professeurs étaient eux même consommateurs (notamment en fumant devant les adolescents).

¹⁴ DEZENNE V., OSSCINI A., ANTIPOFF N. Prévention de la toxicomanie en milieu scolaire. Utilité, limites. *Psychologie médicale*, 1993, n° 25, tome 12, pp 1185-1187

¹⁵ LESELBAUM N., et al. Les attitudes et les opinions des chefs d'établissement à l'égard des toxicomanies. Paris, INRP, 1992, 39p

L'étude décrite par Jourdan et al¹⁶, a été une enquête quantitative par questionnaire réalisée sur un échantillon représentatif d'enseignants du primaire de la région d'Auvergne au cours de l'année scolaire 2000-2001. Elle avait pour objectif d'évaluer les pratiques et les représentations des enseignants en matière d'éducation à la santé.

673 questionnaires furent envoyés, dont 286 retours, soit un taux de réponse égal à 43%. Il a été retrouvé dans cette étude que 71% des enseignants déclaraient mener des actions en éducation à la santé et que dans seulement 36% des cas l'objectif était de faire une éducation globale de l'enfant. Parmi ces 71%, 62% avaient travaillé de façon ponctuelle, et 20% dans le cadre d'un projet.

La décision de mener une action provenait essentiellement d'une volonté propre de l'enseignant de l'intégrer au programme (61%), et ils travaillaient seuls dans 70% des cas.

Comme obstacle à la mise en œuvre d'éducation à la santé, ils décrivaient essentiellement le manque de temps (49%), le manque de formation (39%), le manque d'information (30%), le manque de matériel (28%), 9% estimaient que ce n'était pas leur rôle.

Ni la situation géographique, ni le statut de l'école, ni l'âge des enfants, ni le fait de travailler en équipe, ni le sexe, ni l'ancienneté n'avaient d'influence sur cette pratique d'éducation à la santé.

Par contre l'appartenance en ZEP ou en Réseau d'éducation prioritaire (REP) et en Regroupement pédagogique intercommunal (RPI), et le fait d'avoir été formé avaient une influence sur cette pratique.

Ils étaient notamment 75% à affirmer le besoin d'être formé dans ce domaine.

Quant à la représentation qu'avaient les enseignants de leur rôle dans l'éducation à la santé, il a été démontré dans cette enquête que seule la formation avait une influence sur cette représentation. De plus c'était essentiellement la façon dont ils percevaient leur rôle qui conditionnait leur motivation et leur sentiment de compétence.

¹⁶ JOURDAN D. et al. Education à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé publique*, 2002, volume 14, n°4, pp 403-423

3.3.3 LA PLACE DES ENSEIGNANTS DANS LA PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES

Dans l'ouvrage réalisé en 2002 par la MILDT, il a été décrit les compétences attendues de l'éducateur, c'est à dire toute personne inscrite dans une relation éducative avec le jeune (et notamment l'enseignant).

Tout d'abord il a été rappelé que les réponses éducatives reposaient sur¹⁷:

- La qualité de la relation établie avec le jeune :
Même si la bonne réponse n'existait pas, ils devaient avoir la capacité d'écouter, de mettre en confiance et de dialoguer avec leurs élèves. Ils pouvaient les accompagner vers l'autonomie et les aider à faire les bons choix tout en sachant se confronter aux risques.
- L'identification et la prise en compte des facteurs de vulnérabilité :
C'est à dire repérer la répétition d'attitudes et/ou de signes de mal être prédictifs de pathologies présentes ou à venir. Les éducateurs devaient savoir se faire aider par d'autres partenaires en cas de besoin. Les jeunes ne devaient pas être jugés et le relais vers des spécialistes devait se faire progressivement et avec un accompagnement.
- Le développement et le renforcement des facteurs de protection :
C'est à dire les capacités à s'estimer, à agir, à penser, à développer ses compétences personnelles, relationnelles à travers des actions collectives comme les activités culturelles et sportives. Savoir construire son identité et être capable de changer de comportement.

¹⁷ Drogues : Savoir plus, prévention de l'usage de drogues. Le livret de connaissance. Paris : Mildt-CFES, janvier 2002, 69p

- La prévention des comportements de consommation de substances psychoactives

En ayant une bonne connaissance des pratiques de consommation, ils devaient tenter d'établir une relation de confiance avec le jeune, les écouter, et essayer d'être le médiateur entre ce dernier et sa famille.

Ils devaient également analyser les comportements, se poser les bonnes questions et les partager avec d'autres professionnels.

Ensuite ils devaient s'assurer que les lois et règlements soient connus et appliqués dans les établissements scolaires.

En conclusion l'enseignant, en tant qu'éducateur, devrait connaître et maîtriser ses propres représentations, prendre de la distance et gérer son implication personnelle. Il devrait accepter d'être remis en question, savoir questionner, comprendre et respecter les valeurs normes et représentations des personnes avec lesquelles il travaille.

Ainsi pour que cette prévention soit efficace, les enseignants devraient disposer de moyens :

- Développer ses compétences en disposant de formations leur permettant d'acquérir ou d'approfondir leurs connaissances du problème sur lequel ils devaient intervenir. Savoir informer, travailler en partenariat, savoir mener une action et monter un projet de prévention.
- Trouver les ressources disponibles (Centre d'information régional et de documentation sur les drogues (CIRDD), outils de prévention, site Internet d'information, Drogues info service)

4 PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE PERSONNELLE

4.1 OBJECTIF

L'objectif était d'évaluer la pratique des enseignants dans la prévention des conduites addictives chez les jeunes en milieu scolaire.

4.2 MÉTHODE

4.2.1 LA POPULATION ÉTUDIÉE :

Cette étude était une coupe transversale portant sur une population cible : les enseignants de deux établissements scolaires situés à Metz (Moselle). Un collège public «Taison », un regroupement collège et lycée privé «Jean XXIII ».

Les critères d'inclusion ont été : l'ensemble du personnel enseignant de ces deux établissements. Les critères d'exclusion : tout le reste du personnel non enseignant des deux établissements (CPE, COP, personnel ATOSS).

4.2.2 LE QUESTIONNAIRE (voir annexe I)

A) Élaboration

Un questionnaire anonyme d'administration directe a été proposé à l'ensemble des enseignants des deux collèges et lycée.

A partir des données de la revue de la littérature, il a été élaboré des hypothèses de travail sur la pratique des enseignants. Elles ont été introduites dans ce questionnaire au moyen de questions fermées.

Ces hypothèses étaient :

Les enseignants se sentaient-ils suffisamment formés pour appréhender ce problème ?

Avaient-ils le temps et les moyens nécessaires ?

Pensaient-ils être dans leur rôle (problème légal ou de santé publique) ?

Une question ouverte a été ajoutée, portant sur les raisons pour lesquelles ils ressentaient des difficultés à traiter du sujet avec leurs élèves.

La version finale de ce questionnaire a été obtenue après l'avoir testé sur cinq éducateurs d'autres établissements. Il a été modifié en fonction des difficultés rencontrées, l'objectif étant d'obtenir au final un questionnaire que les enseignants pouvaient remplir seuls en moins de 10 minutes.

Pour obtenir un meilleur taux de réponse, ce questionnaire a été présenté en salle des professeurs aux intéressés.

B) Utilisation :

Dans la première partie il a été demandé aux enseignants si pour eux la prévention des conduites addictives faisait partie de leur mission, ou si elle relevait d'autres partenaires ; s'ils manquaient de temps, de moyens ou d'aide pour réaliser des actions de prévention dans ce domaine.

Dans la seconde partie un état des lieux a été effectué sur la formation qu'ils avaient eu ou aimeraient avoir sur ce sujet.

Dans la troisième partie il leur a été demandé s'ils avaient effectué des actions de prévention, s'ils avaient collaboré avec d'autres partenaires et comment ils pensaient intervenir auprès de leurs élèves.

En dernier lieu des renseignements sur le sexe, l'ancienneté à l'Éducation Nationale et la matière enseignée ont été demandés.

C) Analyse

L'analyse des questionnaires a été faite selon le plan suivant :

- Dans un premier temps les fréquences de toutes les réponses au questionnaire ont été présentées.
- Puis une analyse descriptive par sous groupes de variables a été effectuée.
- Enfin une comparaison de différentes variables a été réalisée.

Pour réaliser ces comparaisons il a été effectué le procédé suivant :

- Les variables retenues ont été :
 - L'ancienneté à l'Éducation Nationale
 - Le sexe
 - Le fait d'avoir été formé sur la prévention des conduites addictives
 - Le fait d'être intervenu auprès de ses élèves sur ce sujet
 - Le fait d'avoir collaboré avec d'autres partenaires
 - Le fait d'avoir été déjà confronté à un problème d'usage de substances psychoactives
 - Le fait de penser que la prévention des conduites addictives faisait partie de leurs missions

Une comparaison de ces variables a été effectuée pour rechercher les facteurs susceptibles d'avoir une influence sur la pratique des enseignants, sur leur motivation, et sur leur volonté d'être formé.

- Les tests utilisés pour rechercher une différence significative entre deux variables ont été les suivants :
 - Le test du Chi² pour les variables qualitatives. Lorsque les effectifs théoriques étaient trop faibles un Chi² corrigé était utilisé.
 - Le test de Student pour les variables quantitatives (lorsque les effectifs étaient inférieurs à 30 dans au moins un groupe, une comparaison des variances était effectuée par un test de Fischer)

Dans un souci de lisibilité, seuls les résultats informatifs ont été présentés.

4.2.3 TRAITEMENT DES DONNÉES :

A) Vérification des questionnaires :

Les questionnaires sur support papier ont été vérifiés dès réception.

B) Saisie des questionnaires :

L'informatisation des données a été réalisée au moyen d'un tableau élaboré avec Microsoft Excel® 2000. L'intégralité des questionnaires a été saisie par la même personne.

C) Vérification de la saisie :

Les données ont été vérifiées une fois après la saisie, par une deuxième personne.

D) Exploitation statistique :

Les données ont été exportées via un tableau Excel® version 4.0 vers le logiciel StatView® version 5.0 pour les analyses statistiques.

4.3 RÉSULTATS

4.3.1 RÉSULTATS ENREGISTRÉS

Le recueil d'information a été fait tout au long du mois de janvier 2004.

120 questionnaires ont été distribués, 65 nous ont été retournés (soit un taux de réponse de 54%).

L'échantillon était composé de 41 femmes pour 24 hommes. La moyenne d'ancienneté à l'Éducation Nationale était de 22 années (écart type : 11) avec un minimum de six mois et un maximum de 40 années.

Ils étaient 83% à enseigner au collège, 38% en lycée général, aucun en lycée professionnel et 2% à enseigner dans d'autres établissements non précisés.

Les spécialités enseignées étaient :

- Le Français pour 21% d'enseignants
- Les Mathématiques pour 15%
- L'Éducation physique et sportive pour 5%
- Les Langues (Espagnol, Anglais, Allemand) pour 26%
- Les Sciences de la vie et de la terre pour 10%
- la Technologie pour 3%
- L'Histoire géographique pour 10%
- Les Arts plastiques pour 2%
- La Musique pour 5%
- La Physique- chimie pour 3%
- La Religion pour 3%
- L'Économie pour 2%

A propos des enseignants et la prévention des conduites addictives en milieu scolaire :

Les réponses aux questions suivantes sont présentées en pourcentage avec entre parenthèse les valeurs absolues.

Questions	n	Non	Oui	Ne sait pas
Avez-vous déjà été confronté à un problème d'usage de substances psychoactives ?	n=65	46% (30)	54% (35)	
Si oui avez-vous hésitez quant à l'attitude à avoir ?	n=35	54% (19)	43% (15)	
Pensez que cette prévention est une des priorités à l'école ?	n=65	11% (7)	82% (53)	8% (5)
Pensez vous que cette prévention fasse partie des missions de l'enseignant ?	n=64	17% (11)	73% (47)	9% (6)

La moitié (54%) des enseignants ont été confrontés à un problème d'usage, la majorité d'entre eux (54%) n'ayant pas hésité quand à l'attitude à avoir.

Trois quarts des enseignants pensaient que c'était une priorité à l'école (82%) et que ça faisait partie de leurs missions (73%).

A propos de ce qui peut manquer aux enseignants pour faire de la prévention :

Réponses	n	Non	Oui	Ne sait pas
Pensez vous que les enseignants manquent de moyens ?	n=63	11% (5)	79% (50)	10% (6)
De temps de préparation et de réalisation ?	n=50	8% (4)	80% (40)	12% (6)
De connaissances et de formation ?	n=50	6% (3)	94% (47)	
D'expérience ?	n=50	12% (6)	86% (43)	2% (1)
D'aide d'intervenants extérieurs spécialisés ?	n=50	14% (7)	82% (41)	4% (2)
D'accès à des supports de prévention ?	n=50	12% (6)	76% (38)	12% (6)

Pour faire de la prévention des conduites addictives, plus des deux tiers des enseignants disaient manquer de moyens (79%). Parmi ceux-ci la quasi-totalité disaient manquer de connaissance et de formation (94%) puis par ordre de fréquence venait le manque : d'expérience (86%), d'aide extérieure (82%), de temps de préparation (80%) et de supports de prévention (76%).

A propos du et/ou des intervenants le ou les mieux placés pour faire de la prévention :

Réponses	n	Non	Oui	Ne sait pas
Le Médecin de l'EN	n=55	7% (4)	89% (49)	4% (2)
L'infirmière de l'EN	n=61	2% (1)	93% (57)	5% (3)
Le CPE	n=44	25% (11)	61% (27)	14% (6)
Les enseignants	n=45	33% (15)	58% (26)	9% (4)
La famille	n=50	6% (3)	86% (43)	8% (4)
Autres intervenants spécialisés	n=54		87% (47)	13% (7)

La quasi-totalité des enseignants ayant répondu au questionnaire pensaient que les intervenants les mieux placés étaient l'infirmière (93%), le médecin de l'EN (89%), la famille (86%) et les spécialistes (87%). Les enseignants (58%) et le CPE (61%) étaient placés en dernier.

A propos de la formation des enseignants sur la prévention des conduites addictives :

Réponses	n	Non	Oui	Non concerné
Avez-vous reçu une formation ?	n=65	89% (58)	11% (7)	
Au cours de vos études à l'IUFM ?	n=7	100% (7)		
Au cours de votre activité professionnelle ?	n=7	43% (3)	57% (4)	
Provenait elle d'une démarche de votre part ?	n=7	57% (4)	43% (3)	
Etes vous satisfait de cette formation ?	n=6	50% (3)	50% (3)	
Souhaitez vous une formation complémentaire ?	n=64	11% (7)	52%(33)	38% (24)
Pensez vous que cette formation est utile ?	n=59	8% (5)	92% (54)	
Pensez vous avoir assez de connaissances sur le sujet ?	n=63	76% (48)	24% (15)	

La quasi-totalité des enseignants (89%) n'avaient pas reçu de formations sur la prévention des conduites addictives.

Sept enseignants ont été formés, aucun au cours de ses études à l'IUFM.

Les trois quarts des enseignants (76%) pensaient ne pas avoir assez de connaissances sur ce sujet, la quasi-totalité (92%) reconnaissaient l'utilité d'une formation et la moitié (52%) en souhaitaient une.

A propos des interventions effectuées par les enseignants sur les conduites addictives au sein d'un établissement scolaire :

Réponses	n	Non	Oui
Etes vous déjà intervenus auprès de vos élèves ?	n=65	48% (31)	52% (34)
Avez-vous ressenti des difficultés à traiter de ce sujet ?	n=34	62% (21)	38% (13)
Avez-vous collaboré avec d'autres partenaires ?	n=61	79% (48)	21% (13)
Avez-vous été satisfait de cette collaboration ?	n=13	8% (1)	92% (12)

La moitié des enseignants étaient intervenus (52%), sans difficultés pour la majorité d'entre eux (62%).

Peu d'enseignants (21%) ont été amenés à collaborer pour faire de la prévention des conduites addictives. Quand une collaboration avait lieu ils étaient satisfaits de ce type d'intervention (92%).

A propos de la façon d'intervenir auprès des élèves :

Réponses	n	Non	Oui	Ne sait pas
Rappeler le respect du règlement intérieur et les fondements de la loi ?	n=63	11% (7)	78% (49)	11% (7)
Faire une information sur les produits et les comportements à risque?	n=63	11% (13)	63% (40)	16% (10)
Etablir un climat de confiance, être à l'écoute ?	n=64	3% (2)	94% (60)	3% (2)
Etablir la médiation entre le jeune et la famille ou le spécialiste ?	n=61	16% (10)	56% (34)	28% (17)

La quasi-totalité des enseignants ayant répondu (94%) pensaient que l'intervention devait se faire en établissant un climat de confiance, environ trois quart (78%) en rappelant le règlement et la loi, un peu plus de la moitié en faisant une simple information (63%) ou en établissant une médiation (56%).

Parmi les sept enseignants qui avaient reçu une formation sur le sujet:

- On retrouvait trois femmes et quatre hommes
- L'ancienneté moyenne à l'Éducation Nationale était de 32 années (écart type : 5 ; extrêmes : 23 à 40 années).

Réponses	n	Non	Oui
Etes vous satisfait de votre formation ?	n=5	40% (2)	60% (3)
Souhaiteriez vous une formation complémentaire ?	n=6	17% (1)	83% (5)
Pensez vous que cette formation est utile?	n=7	14% (1)	86% (6)
Pensez vous avoir assez de connaissances sur le sujet ?	n=6	67% (4)	33% (2)
Pensez vous que la prévention des conduites addictives fasse partie de vos missions ?	n=7	14% (1)	86% (6)
Etes vous déjà intervenus auprès de vos élèves sur ce sujet ?	n=7	14% (1)	86% (6)

La quasi-totalité (86%) des enseignants ayant une formation considérait la prévention des conduites addictives comme une de leur mission, ils étaient d'ailleurs intervenus dans la même proportion.

La majorité (60%) était satisfaite de cette formation, seulement un tiers pensait avoir suffisamment de connaissance. Plus des trois quarts d'entre eux pensaient que la formation était utile (86%) et désiraient une formation complémentaire (83%).

- Ils pensaient intervenir auprès de leurs élèves de la façon suivante (question à réponses multiples) :
 - L'ensemble des sept personnes en rappelant le respect du règlement intérieur et les fondements de la loi
 - Six enseignants en faisant une information sur les produits et les comportements
 - Six en établissant un climat de confiance et en étant à l'écoute de leurs élèves
 - Trois en essayant d'établir une médiation avec la famille
- Les intervenants les mieux placés pour faire de la prévention étaient selon eux : l'infirmière de l'EN, le CPE, l'enseignant, la famille, les autres intervenants (pour les sept). Ils plaçaient le Médecin de l'EN en dernière position (pour six personnes).

Parmi les 58 enseignants qui n'avaient pas reçu de formation sur le sujet :

- On retrouvait 38 femmes et 20 hommes
- L'ancienneté moyenne à l'Éducation Nationale était de 21 années (écart type :11 ; extrêmes : 6 mois à 40 années).

Réponses	n	Non	Oui	Ne sait pas	Non concerné
Pensez vous que la prévention des conduites addictives fasse partie de vos missions ?	n=56	16% (9)	73% (41)	11% (6)	
Pensez vous avoir assez de connaissances sur le sujet ?	n=56	79% (44)	21% (12)		
Souhaiteriez vous une formation complémentaire ?	n=48	10% (5)	58% (28)		31%(15)
Etes vous déjà intervenus auprès de vos élèves sur ce sujet ?	n=58	52% (30)	48% (28)		

Les trois quarts (73%) pensaient que la prévention faisait partie de leur mission.

La même proportion disait n'avoir pas assez de connaissances (79%) et la majorité souhaitait une formation complémentaire (58%).

Pratiquement la moitié d'entre eux (48%) étaient intervenus auprès de leurs élèves.

Comparaison :

- L'ancienneté moyenne des enseignants dans le groupe ayant reçu une formation sur le sujet (n=7) est de 32 années (écart type : 5 ; extrêmes : 23 à 40 années), et celle dans le groupe sans formation (n=58) est de 21 années (écart type :11 ; extrêmes : 6 mois à 40 années), la différence étant significative ($p < 0,05$).
- Il n'y avait pas de différence significative ($p > 0,05$) en terme de représentativité du sexe parmi ceux qui étaient formés ou non.
- La fréquence des enseignants formés était plus importante dans le groupe qui étaient déjà intervenus auprès de leurs élèves par rapport au groupe qui n'était pas intervenus (18% contre 3%), la différence n'était pas significative ($p > 0,05$).

- La fréquence des enseignants qui pensaient que la prévention des conduites addictives faisait partie des missions de l'enseignant était plus importante parmi ceux qui étaient formés que parmi les non formés (86% contre 73%, $p>0,05$).
- La fréquence des enseignants qui pensaient manquer de connaissances était plus importante parmi ceux qui n'étaient pas formés (79%) que parmi le groupe formé (67%), mais la différence n'est pas significative ($p>0,05$).

Parmi les 34 enseignants qui étaient intervenus auprès de leurs élèves sur la prévention des conduites addictives :

- On retrouvait 19 femmes et 15 hommes.
- L'ancienneté moyenne à l'Éducation Nationale était de 23 années (écart type : 10 ; extrêmes : 5 à 38 années).

Réponses	n	Non	Oui	Ne sait pas
Avez-vous ressenti des difficultés à traiter du sujet avec vos élèves ?	n=34	62% (21)	38% (13)	
Avez-vous collaboré avec d'autres partenaires?	n=34	71% (24)	29% (10)	
Avez-vous été satisfaits de cette collaboration?	n=9		100% (9)	
Pensez vous que la prévention des conduites addictives fasse partie de vos missions ?	n=34	12% (4)	85% (29)	3% (1)

La majorité des enseignants (62%) étaient intervenus sans rencontrer de difficultés pour traiter ce sujet. Plus des deux tiers (71%) avaient fait une intervention seule.

Pour ceux qui avaient collaboré (29%), ils étaient tous satisfaits de cette collaboration.

Plus des trois quarts des enseignants (85%) qui étaient intervenus considéraient que cela faisait partie de leur mission.

- 18% avaient reçu une formation sur le sujet
- 79% pensaient ne pas avoir assez de connaissances sur le sujet
- 53% souhaitaient une formation complémentaire
- 97% pensaient que cette formation était utile

- Les intervenants les mieux placés pour faire de la prévention étaient selon eux : l'infirmière de l'EN (97%), le médecin de l'EN (92%), la famille (88%) et les autres intervenants spécialisés (85%). En dernier étaient placés les enseignants (71%) et le CPE (58%).
- Ils étaient 82% à déclarer manquer de moyens : 89% manquait de connaissance et de formation, 85% de temps, 78% d'expérience, 75% d'aide d'intervenants extérieurs, 68% d'accès à des supports de prévention.
- Ils pensaient que les enseignants pouvaient intervenir auprès de leurs élèves de la façon suivante (question à réponse multiple) :
 - Pour 91% en établissant un climat de confiance et en étant à l'écoute de leurs élèves
 - Pour 85% en rappelant le respect du règlement intérieur et les fondements de la loi
 - Pour 70% en faisant une information sur les produits et les comportements
 - Pour 59% en essayant d'établir une médiation avec la famille

Parmi les 31 enseignants qui n'étaient pas intervenus auprès de leurs élèves :

- On retrouvait 22 femmes et 9 hommes.
- L'ancienneté moyenne à l'Éducation Nationale était de 21 années (écart type : 11 ; extrêmes : 6 mois à 40 années).
- La quasi-totalité (97%) n'était pas formée.
- Ils étaient 72% à penser ne pas avoir assez de connaissances sur le sujet.
- La moitié (50%) souhaitaient une formation complémentaire.
- Les intervenants les mieux placés pour faire de la prévention étaient selon eux : l'infirmière de l'EN (90%), les autres intervenants spécialisés (89%), le médecin de l'EN (86%) et la famille (84%). En dernier étaient placés les enseignants (65%) et le CPE (43%).

- 60% pensaient que la prévention des conduites addictives faisait partie de leurs missions
- 3% avaient collaboré avec d'autres partenaires

- Ils étaient 76% à déclarer manquer de moyens : 95% manquaient de connaissances et de formation sur le sujet, 91% d'expérience, 86% d'accès à des supports de prévention, 82% d'aide venant d'intervenants extérieurs, 76% de temps.

- Ils pensaient que les enseignants pouvaient intervenir auprès de leurs élèves de la façon suivante (question à réponse multiple) :
 - Pour 97% en établissant un climat de confiance et en étant à l'écoute de leurs élèves
 - Pour 70% en rappelant le respect du règlement intérieur et les fondements de la loi
 - Pour 57% en faisant une information sur les produits et les comportements
 - Pour 52% en essayant d'établir une médiation avec la famille.

Comparaison :

- Il n'a pas été retrouvé de différence significative ($p > 0,05$) en terme de représentativité du sexe parmi ceux qui étaient intervenus ou pas auprès de leurs élèves sur la prévention des conduites addictives (23% de femmes contre 29% d'hommes étaient intervenus)

- Il n'a pas été retrouvé de différence significative ($p > 0,05$) en terme de représentativité de l'ancienneté à l'EN parmi ceux qui étaient intervenus ou pas (l'ancienneté moyenne était de 23 années pour le groupe qui était intervenu, elle était de 21 années pour le groupe qui n'était pas intervenus)

- La fréquence des enseignants qui avaient collaboré avec d'autres partenaires était plus importante parmi ceux qui étaient intervenus que parmi ceux qui n'étaient pas intervenus. (29% contre 11%), la différence n'étant pas significative ($p > 0,05$)

- La fréquence des enseignant formés était plus importante dans le groupe étant intervenu (18% contre 3%, mais $p > 0,05$).

Parmi les 35 personnes qui ont été confrontés à un problème de conduites addictives :

- On retrouvait 20 femmes et 15 hommes.
- L'ancienneté moyenne à l'Éducation Nationale était de 24 années (écart type : 10 ; extrêmes : 5 à 40 années).

Réponses	n	Non	Oui	Ne sait pas
Pensez vous que la prévention des conduites addictives fasse partie de vos missions ?	n=35	20% (7)	74% (26)	6% (2)
Pensez vous manquer de moyens?	n=35	11% (4)	80% (28)	9% (3)
Etes vous déjà intervenus auprès de vos élèves sur ce sujet ?	n=35	20% (7)	80% (28)	
Avez-vous ressenti des difficultés à traiter du sujet avec vos élèves	n=28	57% (16)	43% (12)	
Avez-vous collaboré avec d'autres partenaires?	n=33	73% (24)	27% (9)	

Confrontés à un problème d'usage de substances, 80% des enseignants étaient intervenus, sans ressentir de difficultés pour la majorité (57%). Dans un quart des cas (27%) ils étaient intervenus en collaboration.

- 20% avaient reçu une formation sur le sujet
9% étaient satisfaits de cette formation
- 56% souhaitaient une formation complémentaire
- 97% pensaient que cette formation était utile
- 79% pensaient ne pas avoir assez de connaissances sur le sujet

- Les intervenants les mieux placés pour faire de la prévention étaient selon eux : l'infirmière de l'EN (94%), le Médecin de l'EN (93%), les autres intervenants spécialisés (93%) et la famille (83%). Les enseignants (64%) et le CPE (50%) arrivaient en dernière position.

Comparaison :

- Il n'a pas été retrouvé de différence significative en terme de représentativité de l'ancienneté à l'EN et du sexe, parmi ceux qui ont été confronté ou non à un problème de conduites addictives.
- La fréquence des enseignants qui étaient intervenus est plus importante parmi ceux qui ont été confrontés à un problème d'usage de substances psychoactives que parmi ceux qui n'ont pas été confrontés à ce problème (80% contre 20%), la différence étant significative ($p < 0,001$).
- Le fréquence d'enseignants qui intervenaient en lycée était supérieure dans le groupe ayant été confronté à un usage de substance par rapport au groupe qui n'avait pas rencontré ce problème (48% contre 26%), cependant la différence n'est pas significative ($p = 0,07$).

Parmi les 47 enseignants qui pensaient que la prévention des conduites addictives faisait partie de leurs missions :

- On retrouvait 28 femmes et 19 hommes.
- L'ancienneté moyenne à l'Éducation Nationale était de 22 années (écart type : 11 ; extrêmes : 6 mois à 40 années).

Réponses	n	Non	Oui	Non concerné
Etes vous déjà intervenus auprès de vos élèves sur ce sujet ?	n=47	38% (18)	62% (29)	
Souhaiteriez vous une formation complémentaire?	n=46	7% (3)	52% (24)	41% (19)

Parmi les enseignants qui considéraient la prévention comme une de leur mission, ils étaient intervenus dans 62% des cas, et la moitié (52%) souhaitaient une formation complémentaire.

Comparaison :

- Il n'a pas été retrouvé de différence significative ($p > 0,05$) en terme de représentativité du sexe et de l'ancienneté à l'EN, parmi ceux qui pensaient que la prévention des conduites addictives faisait partie de leurs missions et ceux qui ne le pensaient pas.

- La fréquence des enseignants qui souhaitaient une formation complémentaire était plus importante parmi ceux qui pensaient que c'était leur mission, que parmi ceux qui ne le pensaient pas (52% contre 45%), la différence n'étant pas significative ($p > 0,05$).

- La fréquence des enseignants qui étaient intervenus auprès de leurs élèves était plus importante parmi ceux qui pensaient que cette prévention faisait partie de leurs missions, que parmi ceux qui ne le pensaient pas (62% contre 36%). La différence étant proche du seuil de significativité ($p = 0,051$).

Matières enseignées en fonction de cinq critères d'inclusion :

Les fréquences observées de ces deux critères sont présentées en pourcentage avec entre parenthèse les valeurs absolues

Critères	Ceux qui sont déjà intervenus auprès de leurs élèves sur la prévention des conduites addictives	Ceux qui ont reçu une formation sur le sujet	Ceux qui pensent manquer de moyens pour faire de la prévention	Ceux qui ont collaboré avec d'autres partenaires	Ceux qui ont déjà été confrontés à un problème d'usage de substances psychoactives
Français	29% (9)	29% (2)	23% (11)	8% (1)	28% (9)
Mathématique	10% (3)	0	15% (7)	17% (2)	16% (5)
Education physique et sportive	6% (2)	14% (1)	12% (1)	0	6% (2)
Langues	23% (7)	14% (1)	33% (16)	25% (3)	22% (7)
Science de la vie et de la terre	13% (4)	0	10% (5)	17% (2)	6% (2)
Technologie	3% (1)	14% (1)	0	0	3% (1)
Histoire-géographie	13% (4)	14% (1)	8% (4)	8% (1)	16% (5)
Arts plastiques	3% (1)	0	2% (1)	0	3% (1)
Musique	3% (1)	0	4% (2)	0	0
Physique-chimie	0	0	2% (1)	8% (1)	0
Religion	3% (1)	14% (1)	4% (2)	8% (1)	3% (1)
Economie	3% (1)	0	2% (1)	8% (1)	3% (1)

En comparant les spécialités enseignées avec les critères : avoir eu ou non une formation sur le sujet, et être ou non intervenu auprès de ses élèves, il n'a pas été retrouvé de différence significative ($p > 0,05$) en terme de représentativité de la spécialité enseignée parmi les deux groupes pour chaque critère.

4.3.2 ANALYSE DES RÉSULTATS:

A) Pratiques des enseignants :

Dans cette étude les enseignants ont été 52% à déclarer être déjà intervenus auprès de leurs élèves sur la prévention des conduites addictives.

Parmi ces 52% :

-29% avaient collaboré avec d'autres partenaires, et 71% avaient apparemment travaillé seuls.

-85% d'entre eux pensaient que cette prévention faisait partie des missions de l'enseignant.

-Ils étaient 82% à déclarer manquer de moyens : 89% manquait de connaissance et de formation, 85% de temps, 78% d'expérience, 75% d'aide d'intervenants extérieurs, 68% d'accès à des supports de prévention.

Parmi les 48% qui n'étaient pas intervenus auprès de leurs élèves sur ce sujet :

-Ils étaient 76% à déclarer manquer de moyens : 95% manquaient de connaissances et de formation sur le sujet, 91% d'expérience, 86% d'accès à des supports de prévention, 82% d'aide venant d'intervenants extérieurs, 76% de temps.

-Aucun d'entre eux n'avait décrit de difficultés ressenties à traiter de ce sujet avec leurs élèves.

-Ils étaient 23% à penser que cette prévention ne faisait pas partie des missions de l'enseignant.

B) Facteurs influençant cette pratique :

a) *Le critère formation :*

La fréquence des enseignants formés (n=7) était plus importante dans le groupe de ceux qui étaient intervenus auprès de leurs élèves sur cette prévention que dans celui n'étant pas intervenu (18% contre 3%), mais la différence n'était pas significative ($p > 0,05$) entre les deux groupes.

b) *Le critère confrontation à un problème d'usage de substances psychoactives :*

Parmi les 54% d'enseignants qui déclaraient avoir été confrontés à un problème d'usage de substances psychoactives, 80% disaient être intervenus auprès de leurs élèves sur ce sujet (contre 20% parmi les 46% qui n'avaient pas été confrontés à ce problème) et la différence était significative ($p < 0,05$) entre les deux groupes.

c) *Le critère mission de l'enseignant :*

La fréquence des enseignants qui étaient intervenus auprès de leurs élèves sur ce sujet était plus importante parmi ceux qui pensaient que c'était leur mission, que parmi ceux qui ne le pensaient pas (62% contre 36%), la différence étant proche du seuil de significativité ($p = 0,05$).

d) *Le critère travail en équipe :*

La fréquence des enseignants qui avaient collaboré avec d'autres partenaires était plus importante dans le groupe de ceux qui étaient intervenus auprès de leurs élèves, que dans celui n'étant pas intervenu (29% contre 11%), mais la différence n'était pas significative ($p > 0,05$) entre les deux groupes.

Comme intervenants les mieux placés pour faire de la prévention, les enseignants formés ($n=7$) plaçaient le Médecin de l'EN en dernière position et les éducateurs en première position, alors que les autres non formés mettaient le médecin, l'infirmière de l'EN en première position.

C) *Facteurs liés à l'enseignant lui même :*

a) *Le critère sexe :*

Il n'a pas été retrouvé de différence significative ($p > 0,05$) en terme de représentativité du sexe sur le fait d'intervenir ou non auprès de ses élèves sur la prévention des conduites addictives.

b) *Le critère expérience :*

Il n'a pas été retrouvé de différence significative ($p > 0,05$) en terme de représentativité de l'ancienneté à l'EN sur le fait d'intervenir ou non auprès de ses élèves sur la prévention des conduites addictives.

Par contre les plus anciens à l'EN étaient plus nombreux à avoir reçu une formation sur cette prévention, avec une différence significative entre le groupe formé et celui non formé ($p < 0,05$).

c) *Le critère formation :*

Parmi les sept enseignants qui avaient reçu une formation sur le sujet, six déclaraient être intervenus auprès de leurs élèves sur ce sujet. Mais il n'a pas été retrouvé de différence significative ($p > 0,05$) en terme de représentativité du critère être formé sur le fait d'intervenir ou non auprès de ses élèves sur la prévention des conduites addictives.

D) Représentation des enseignants quant à leur rôle :

Dans cette étude il a été retrouvé que 73% des enseignants considéraient que la prévention des conduites addictives faisait partie de leurs missions.

94% déclaraient qu'ils pouvaient intervenir auprès de leurs élèves en essayant d'établir un climat de confiance et en étant à l'écoute de leurs élèves, 78% en rappelant le respect du règlement intérieur et les fondements de la loi, 63% pensaient qu'ils devaient faire une information sur les produits et les comportements à risque, et 56% pensaient qu'ils devaient établir la médiation entre le jeune et les parents.

La fréquence des enseignants qui pensaient que la prévention des conduites addictives faisait partie de leurs missions était plus importante parmi les formés que parmi les non formés (86 contre 73%), mais la différence n'était pas significative ($p > 0,05$).

Il n'a pas été retrouvé de différence significative ($p > 0,05$) en terme de représentativité de l'ancienneté à l'EN et du sexe sur le fait de penser ou non que cette prévention faisait partie des missions de l'enseignant.

E) Connaissances sur le sujet et demande de formation :

a) *Connaissances sur le sujet :*

Dans cette étude, 76% des enseignants déclaraient ne pas avoir assez de connaissances sur le sujet.

Parmi les 52% qui déclaraient être déjà intervenus auprès de leurs élèves sur cette prévention, 79% disaient ne pas avoir assez de connaissances sur le sujet (ils étaient 72% sur les 48% qui n'étaient pas intervenus).

Parmi les sept enseignants formés, quatre ne pensaient pas avoir assez de connaissances.

b) *Demande de formation*

Sur l'ensemble des 65 enseignants qui ont été interrogés, ils étaient 52% à souhaiter une formation complémentaire.

Parmi les sept formés, ils étaient cinq à souhaiter cette formation.

Parmi les 73% qui pensaient que la prévention des conduites addictives faisait partie de leurs missions, ils étaient 52% à souhaiter une formation complémentaire.

4.3.3 QUESTION OUVERTE :

Avez-vous ressenti des difficultés à traiter de ce sujet avec vos élèves, et si vous avez répondu oui à cette question pourquoi ?

15 personnes avaient répondu à cette question, les données étaient les suivantes :

-Trois enseignants disaient manquer de formation notamment sur le mal être des adolescents.

-Cinq personnes faisaient part du manque de connaissances précises sur le sujet. Parmi eux, un enseignant rajoutait que les adolescents connaissaient mieux le sujet que lui, un autre qu'il avait peur de faire encore plus de dégâts, et un dernier disait que le discours de prévention méconnaissait l'aspect plaisir.

-Trois disaient qu'ils manquaient de moyens, c'est à dire de supports de prévention, d'informations statistiques sur les drogues, mais aussi de moyens d'agir face à des adolescents qui souhaitaient faire comme les autres et tester les interdits.

-Quatre personnes disaient manquer d'expérience. Un enseignant parlait de difficultés à prouver ce dont il avait l'intuition et notamment savoir comment repérer les élèves qui se droguent. Un autre parlait de maladresse, il ne savait pas comment aborder le problème. Un enseignant disait n'avoir fait qu'une intervention épisodique et superficielle, celle de faire constater par la classe l'état d'un élève et son comportement, les arguments étant difficiles à démontrer ou à contrer.

Un dernier se disait impuissant quand le jeune était déjà dans l'engrenage.

-Un enseignant parlait d'absence de programmation, et de directives hiérarchiques dans ce sens.

-Un autre disait la tension qui existait entre la prévention et la crainte d'une répression.

-Un enseignant parlait de l'inconscience des élèves et des parents quant à la gravité du problème et de sa contamination au sein d'un groupe ou d'une classe.

5 DISCUSSION ET PRÉCONISATIONS :

Cette étude avait pour objectif d'évaluer la pratique des enseignants dans la prévention des conduites addictives en milieu scolaire.

Ils étaient un grand nombre soit 73% à penser que la prévention des conduites addictives faisait partie de leurs missions, et était une des priorités à l'école (82%).

La majorité d'entre eux (soit 52%) déclaraient être intervenus auprès de leurs élèves sur la prévention des conduites addictives.

Il a été retrouvé que formés (seulement sept enseignants et majoritairement les plus anciens) ou non ils intervenaient.

Ni le sexe, ni l'ancienneté à l'EN, ni le fait d'être formé ou d'avoir collaboré avec d'autres partenaires, n'avaient d'influence sur ces interventions. Seul le fait d'avoir été confronté à un problème d'usage de substances psychoactives avait un impact sur ces pratiques (80% étaient intervenus parmi les 54% qui avaient été confrontés).

Il n'a pas été retrouvé d'influence quant à la matière enseignée sur le fait d'être formé ou pas et sur les pratiques en matière de prévention.

Ils étaient nombreux à déclarer (formés ou non) ne pas avoir assez de connaissances sur le sujet (76%), et pour la moitié d'entre eux souhaitaient une formation complémentaire (52%).

5.1 DISCUSSION INTERNE :

-Biais de recrutement :

Dans cette étude le recrutement a été fait sur seulement deux établissements du secondaire, sélectionnés sans tirage au sort.

Il n'a pas été retrouvé un échantillon représentatif des enseignants de la Moselle.

Le manque de puissance de cette étude du fait du petit effectif de l'échantillon (n=65) peut expliquer que des résultats non significatifs aient été retrouvés.

-Biais de mémorisation :

Les réponses enregistrées n'avaient pas pris en compte les oublis potentiels des enseignants sur leurs interventions effectives.

-Biais d'auto sélection :

Un biais d'auto sélection a pu se faire dans cette enquête, car seuls les enseignants intéressés ou impliqués dans le domaine de la prévention des conduites addictives étaient susceptibles d'avoir répondu à ce questionnaire.

-Biais niveau de la méthodologie :

La méthode par questionnaire présentait l'inconvénient de ne permettre d'accéder qu'à ce qui était déclaré et non aux pratiques réelles.

En effet des questions ont pu être oubliées dans cette étude quantitative :

- Sur la façon de travailler : de façon ponctuelle ou dans le cadre d'un projet.
- Sur le démarrage de ce travail (sur une initiative personnelle, ou suite à une sollicitation extérieure, ou à une réflexion collective).
- Sur le type de formation qu'ils avaient reçu (animation pédagogique, stage ou autres).
- Sur les contenus de ces formations (souhaitées et appropriées à leur pratique sur le terrain).
- Sur leur attente vis-à-vis des partenaires extérieurs.

Des questions ont pu être mal formulées et donc mal comprises : notamment celle sur la formation complémentaire.

La question ouverte : elle a été difficilement exploitable du fait du petit effectif des personnes qui y ont répondu.

5.2 DISCUSSION EXTERNE :

5.2.1 LES INTERVENTIONS :

Dans la revue de la littérature, il a été retrouvé une majorité d'enseignants¹⁸ (soit 71%) qui déclaraient faire de l'éducation à la santé.

Dans cette étude personnelle, ils étaient 52% à déclarer être intervenus auprès de leurs élèves sur la prévention de l'usage de substances psychoactives, mais ils s'exprimaient exclusivement sur ce thème et non sur l'éducation à la santé en générale. Il faut également relativiser ces résultats en fonction du taux de réponse à l'enquête (il était de 43% dans la revue de la littérature pour 286 retours et de 54% dans notre enquête pour un retour de 65 questionnaires).

Dans l'article de Jourdan et *al*, ils précisait que l'approche des enseignants vis à vis de l'éducation à la santé était essentiellement thématique, avec dans seulement 1/3 des cas un objectif d'éducation globale. Les interventions étaient ponctuelles avec une dimension essentiellement pédagogique (informative), et elles n'étaient intégrées dans un projet que dans 20% des cas. En effet l'enquête CFES-SOFRES réalisée en 1989, avait mis en évidence le fait que l'approche « éducative » de l'éducation à la santé était minoritaire chez les enseignants.

Dans la présente étude, la dimension essentiellement informative de ces interventions était moins marquée, puisque 63% pensaient que les enseignants devaient faire une information, contre 94% qui pensaient qu'ils devaient établir un climat de confiance et être à l'écoute de leurs élèves et 78% qu'ils devaient rappeler le respect du règlement intérieur et les fondements de la loi. Cependant ces résultats n'étaient que déclaratifs, et ne rendaient pas compte de la réalité du terrain.

¹⁸ JOURDAN D. *et al*. Education à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé publique*, 2002, volume 14, n°4, pp 403-423

5.2.2 LE PARTENARIAT :

Dans la revue de Jourdan, il a été décrit que le démarrage d'une action provenait essentiellement d'une décision individuelle de l'enseignant. Il travaillait seul dans 70% des cas, et dans 30% des cas faisait appel à des partenaires extérieurs qui étaient essentiellement la santé scolaire (le Médecin et l'infirmière de l'EN).

Il a été retrouvé les mêmes résultats dans l'étude personnelle, puisque parmi les 52% qui étaient intervenus auprès de leurs élèves sur ce sujet, ils étaient 29% à déclarer collaborer avec d'autres partenaires. Il semblerait qu'ils soient intervenus seuls dans 71% des cas.

Les autres intervenants étaient peu cités¹⁹ dans la littérature : essentiellement des partenaires spécialisés (il y a peu d'échanges avec les parents). Ils devaient jouer le rôle de conseiller technique, apporter leur soutien, et ne pas en pratique se substituer aux interventions des enseignants, ce qui pouvait expliquer le peu de demande du côté des éducateurs.

Dans une autre revue de la littérature²⁰ des chefs d'établissements soulignaient également le fait, qu'ils comptaient beaucoup sur les médecins et l'infirmière de l'EN pour les aider à faire de la prévention dans le domaine des conduites addictives. Le réseau de coopération avec les autres partenaires extérieurs était plus ou moins ouvert selon l'établissement.

Dans l'enquête réalisée, il a été démontré que seuls les enseignants formés (n=7) avaient bien intégré le rôle important qu'ils avaient dans la prévention. En effet ils plaçaient le Médecin de l'EN en dernière position et les éducateurs en premier, comme intervenants les mieux placés pour faire de la prévention. Alors que ceux qui n'avaient pas été formés, plaçaient le médecin de l'EN en première position. Ces derniers semblaient percevoir ce domaine comme relevant essentiellement du médical. Cependant le fait d'intervenir essentiellement en prévention secondaire (en cas de confrontation au problème), pourrait expliquer que les enseignants, se sentant dépassés, placent le médecin, l'infirmière et le spécialiste comme personne ressource. Le fait que dans 21% des cas ils travaillaient en collaboration avec d'autres intervenants, paraît alors, dans le cadre d'une prévention secondaire, tout à fait adapté.

¹⁹ JOURDAN D. *et al.* Education à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé publique*, 2002, volume 14, n°4, pp 403-423

²⁰ LESELBAUM N., BENSLIMANE S., DE PERETTI C. *Les attitudes et les opinions des chefs d'établissement à l'égard des toxicomanies*. Paris, INRP, 1992, 39 p.

5.2.3 FACTEURS INFLUENCANT CES INTERVENTIONS :

Dans la revue de la littérature de Jourdan *et al*, il a été retrouvé que les facteurs liés aux enseignants eux même étaient peu nombreux à avoir une influence sur leurs pratiques. En effet ni l'âge, ni le sexe, ni le travail en équipe n'avaient d'influence sur le fait de pratiquer ou non l'éducation à la santé. Seule la formation apparaissait comme un facteur influençant cette pratique. Parmi les 27% qui avaient reçu une formation, ils étaient 86% à pratiquer l'éducation à la santé (contre 67% parmi ceux qui n'avaient pas reçu de formation).

Dans la présente étude, les résultats retrouvés étaient les mêmes à l'exception de la formation :

Ni l'ancienneté à l'Éducation Nationale, ni le sexe, ni la collaboration avec d'autres partenaires, ni le fait d'être formé, ni la spécialité enseignée n'avaient d'influence sur le fait d'intervenir ou non auprès de ses élèves sur la prévention des conduites addictives.

Par contre le fait d'avoir été confronté à un problème d'usage de substances psychoactives avait une influence sur ces interventions. Le fait d'avoir été confronté à ce problème a donc été retenu comme critère de motivation. Et par conséquent on pourrait en déduire que les enseignants ne faisaient pas de prévention primaire puisqu'ils n'intervenaient qu'une fois le problème survenu (en prévention secondaire). Cependant les interventions n'étant pas faite de façon individuelle, pour certains élèves n'ayant pas encore consommé il s'agira bien d'une prévention primaire.

Il a été démontré également dans cette étude que formés ou non, ils intervenaient auprès de leurs élèves sur la prévention des conduites addictives, ce qui pouvait poser le problème de la qualité de ces interventions. Mais il a été noté aussi qu'ils avaient une bonne approche de la façon d'intervenir à savoir en établissant un climat de confiance, une médiation et en rappelant le règlement intérieur et les fondements de la loi.

5.2.4 LES OBSTACLES A CES INTERVENTIONS :

Dans la revue de Jourdan *et al*, parmi les 29% à déclarer ne pas avoir mis en œuvre d'éducation à la santé, ils étaient 49% à déclarer manquer de temps, 39% à manquer de formation, 30% à manquer d'information et 28% à manquer de matériels. Ils disaient également manquer de personnes ressources et dans 9% des cas ils déclaraient que ce n'était pas leur rôle.

Dans la présente étude, parmi les 48% à déclarer ne pas être intervenus auprès de leurs élèves sur ce sujet, 76% disaient manquer de moyen contre 82% dans le groupe étant intervenu ($p>0,05$). Dans le groupe n'étant pas intervenu ils étaient proportionnellement plus nombreux à dire qu'ils manquaient de connaissances et de formation (95% contre 89% chez ceux intervenus), d'expérience (91% contre 78% chez ceux intervenus), d'accès à des supports de prévention (86% contre 68% chez ceux intervenus) et d'aide venant d'intervenants spécialisés (82% contre 75% chez ceux intervenus). Le manque de temps était proportionnellement plus rapporté dans le groupe étant intervenu (85% contre 76%).

Ils étaient aussi plus nombreux parmi le groupe n'étant pas intervenu à déclarer que ce n'était pas le rôle de l'enseignant (soit 23% contre 12% dans le groupe étant intervenu). Qu'ils soient intervenus ou non, ils insistaient donc plus dans l'enquête réalisée sur le manque de connaissances et de formation sur le sujet comme obstacle à ces interventions, que sur le manque de temps et de moyens matériels.

5.2.5 AUTRES DIFFICULTES RENCONTRÉES :

Dans la revue de la littérature²¹, parmi les 29% à déclarer ne pas avoir mis en œuvre d'éducation à la santé, ils étaient 22% à ressentir des difficultés à intéresser leurs élèves, 15% se disaient gênés par l'âge pour aborder certains sujets.

Il a été retrouvé dans d'autres études bibliographiques²² ces mêmes difficultés face aux questions de ces adolescents qui gênaient les enseignants et qui les renvoyaient à leur propre position de parent et à leur adolescence.

Les enseignants se disaient mal à l'aise pour traiter ces sujets qui leurs semblaient être délicats et intimes. Ils se sentaient isolés, et hésitaient souvent quant à la gestion des problèmes : la prévention ou la répression ?

Dans la présente étude parmi les 48% à déclarer ne pas être intervenus auprès de leurs élèves sur la prévention des conduites addictives, ils étaient encore plus nombreux soit 69% à ressentir des difficultés à traiter de ce sujet avec leurs élèves (alors qu'ils étaient 38% parmi les 52% qui étaient intervenus).

²¹ JOURDAN D. *et al.* Education à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé publique*, 2002, volume 14, n°4, pp 403-423

²² DEZENNE V., OSSCINI A., ANTIPOFF N. Prévention de la toxicomanie en milieu scolaire. Utilité, limites. *Psychologie médicale*, 1993, n° 25, tome 12, pp 1185-11

5.2.6 REPRÉSENTATION QUANT A LEUR RÔLE :

Dans une étude bibliographique²³, il a été retrouvé deux attitudes : Il y avait ceux qui pensaient que c'était le rôle de l'école de faire de la prévention dans le domaine des conduites addictives, et ceux qui déclaraient que ce n'était pas leur mission car la cause venait de l'extérieur à savoir de la famille et de la société. Pour ces derniers la tâche prioritaire des professeurs restait celle d'enseigner.

Dans une autre revue de la littérature plus récente²⁴, ils étaient 92% à penser que l'éducation à la santé faisait partie de leur mission. Effectivement l'étude CFES-SOFRES datant de 1989 montrait que 92% des enseignants estimaient que « l'éducation à la santé faisait partie de l'instruction complète à donner aux enfants ».

Cette dernière donnée était cohérente avec les résultats de l'étude personnelle qui avait montré que la grande majorité des enseignants, soit 73% d'entre eux pensaient que la prévention de l'usage de substances psychoactives faisait partie de leurs missions et 82% déclaraient qu'elle était une des priorités à l'école.

En ce qui concerne la représentation que les professeurs se faisaient de leur rôle (dans l'étude réalisée par Jourdan et al), 63% d'entre eux considéraient qu'ils avaient un rôle d'éducation globale de la personne contre 30% qui estimaient que leur rôle devait se limiter à une information (en sachant que dans la pratique ils déclaraient faire le contraire, voir les résultats du 5.1).

Dans la présente étude, ils étaient plus nombreux à penser que les enseignants devaient faire une information sur les produits et les comportements à risque (63%), mais cette réponse n'était pas exclusive, et la majorité d'entre eux pensaient qu'ils pouvaient intervenir auprès de leurs élèves :

-Dans 94% des cas en essayant d'établir un climat de confiance et en étant à l'écoute de leurs élèves

-Dans 78% des cas en rappelant le respect du règlement intérieur et les fondements de la loi

²³ LESELBAUM N., BENSLIMANE S., DE PERETTI C. *Les attitudes et les opinions des chefs d'établissement à l'égard des toxicomanies*. Paris, INRP, 1992, 39 p.

²⁴ JOURDAN D. *et al.* Education à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé publique*, 2002, volume 14, n°4, pp 403-423

-Dans 56% des cas en essayant d'établir une médiation entre le jeune et sa famille.

Donc la majorité des enseignants de cette étude pensaient comme ce qui a été retrouvé dans les données bibliographiques récentes, que la prévention des conduites addictives faisait partie de leurs missions, et qu'elle ne se limitait pas à une simple information.

S'agissant de la motivation des enseignants pour l'éducation à la santé, Jourdan et *al* disaient qu'elle était plus élevée chez ceux qui déclaraient la pratiquer que chez les autres. Elle était également plus importante chez ceux qui pensaient être dans leur rôle et chez ceux qui avaient reçu une formation sur le sujet.

En prenant comme critère de motivation le fait de penser que la prévention des conduites addictives faisait partie des missions de l'enseignant, il n'a pas été retrouvé les mêmes résultats dans la présente étude. Ils étaient plus nombreux à déclarer être intervenus auprès de leurs élèves sur la prévention des conduites addictives, parmi ceux qui pensaient que c'était leur mission que parmi ceux qui ne le pensaient pas (62% contre 36%), la différence étant proche du seuil de significativité ($p=0,05$).

Ils étaient également plus nombreux (86%) à penser que c'était leur mission parmi les sept formés que parmi les 58 non formés (73%), mais il n'a pas été retrouvé de différence significative ($p>0,05$).

En prenant comme critère de motivation le fait d'avoir été confronté à un problème d'usage de substances psychoactives, ils étaient plus nombreux à être intervenus auprès de leurs élèves parmi ceux qui étaient confrontés à ce problème (avec une différence significative $p<0,05$).

5.2.7 FACTEURS INFLUENCANT LA REPRÉSENTATION DE LEUR RÔLE :

Dans l'étude réalisée par Jourdan et *al*, l'ancienneté à l'Éducation Nationale et le sexe n'intervenaient pas sur la représentation qu'avaient les enseignants de leur rôle dans l'éducation à la santé. Par contre la formation avait une influence sur cette représentation. En effet ceux qui avaient reçu une formation étaient plus nombreux parmi ceux qui estimaient avoir un rôle dans la prévention.

Dans l'étude personnelle, l'ancienneté le sexe et la formation n'avaient pas d'influence sur le fait de penser que cette prévention faisait partie ou non des missions de l'enseignant.

La différence retrouvée au niveau du critère formation pourrait être expliquée par le manque de puissance de cette enquête du fait du petit effectif de notre échantillon (par rapport à celui de la revue de la littérature) ou par l'absence de différences significatives.

Donc contrairement aux données bibliographiques, il n'a pas été démontré dans cette enquête que la formation avait une influence sur la pratique et la représentation qu'avaient les enseignants de leur rôle dans la prévention des conduites addictives.

Mais ces résultats étaient à relativiser, du fait du petit effectif de cette étude. Une étude à plus long terme permettrait d'avoir un meilleur taux de réponse et d'affiner les résultats.

De plus aux réponses de la question ouverte, il a été fréquemment retrouvé comme obstacle à cette pratique : le manque de connaissances et de formation sur le sujet (sept enseignants). Les autres difficultés décrites étaient comment agir, repérer, aborder le problème, elles renvoyaient également au manque de formation.

Ce critère restait donc important à exploiter dans les recommandations.

5.2.8 LA FORMATION :

Dans la revue de la littérature²⁵, ils étaient 27% à avoir reçu une formation en éducation à la santé. Les plus anciens étaient moins nombreux à avoir suivi une formation que les plus jeunes (21% pour ceux ayant débuté avant 91 et 46% pour ceux après 91).

75% des enseignants déclaraient ressentir le besoin d'une formation dans ce domaine.

Il a été noté également dans cette revue que plus l'enseignant pensait qu'il était dans son rôle plus il ressentait le besoin de formation.

Dans l'étude personnelle, il n'a pas été retrouvé les mêmes résultats. Ils étaient encore moins nombreux à être formés sur ce sujet (n=7). Les plus anciens à l'Éducation Nationale étaient plus nombreux à avoir reçu une formation sur le sujet, la différence étant significative ($p < 0,05$).

Seule la moitié des enseignants (52%) déclaraient souhaiter une formation complémentaire.

Et contrairement à la revue de la littérature, le fait de penser que la prévention des conduites addictives faisait partie de leurs missions, n'avait pas d'influence sur le souhait d'une formation complémentaire.

²⁵ JOURDAN D. *et al.* Education à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé publique*, 2002, volume 14, n°4, pp 403-423

Par contre dans cette étude il a été démontré que même s'ils étaient formés (n=7) les enseignants ne pensaient pas avoir assez de connaissances et souhaitaient une formation complémentaire.

Ainsi la demande de formation était présente dans l'étude personnelle comme dans la revue de la littérature, même si elle était moins importante par rapport à cette dernière. Une confusion a été constatée dans l'étude au niveau de la question v (souhaiteriez vous une formation complémentaire ?). Après dépouillement des questionnaires il a été noté, que beaucoup d'enseignants avaient répondu oui à cette question même s'ils n'avaient pas reçu de formation initiale. La question a donc été interprétée comme une demande de formation initiale ou complémentaire. En conséquence l'interprétation des résultats est sujet à discussion.

5.3 LES PRÉCONISATIONS :

5.3.1 INSTALLER UNE COHÉRENCE ET UNE CONTINUITÉ DANS LES INTERVENTIONS :

A) LE TYPE D'INTERVENTION PRÉCONISÉ :

Les interventions ponctuelles²⁶ devraient disparaître au profit de programmes de prévention s'inscrivant dans la durée, et intégrant à la fois le dépistage et l'éducation.

Des interventions spontanées ou informelles pourraient être proposées comme porte d'entrée à ces programmes, sous forme d'animations de groupe, de témoignages de personnes concernées, de manifestations culturelles, favorisant une participation active et interactive des jeunes.

²⁶ Education pour la santé des jeunes. Démarche et méthodes. Synthèses et recommandations. INSERM 40p

B) LE MOMENT SOUHAITÉ :

Il faudrait choisir le moment le plus favorable pour faire ces interventions, selon la réceptivité des élèves mais également selon l'actualité.

Il serait préférable d'intégrer ces interventions à toutes les activités de l'école, que ce soit pendant un cours prévu (Français, sport, science de la vie et de la terre, éducation physique, éducation civique et plus seulement au cours de la biologie), que pendant une activité culturelle ou sportive, ou au détour de l'actualité (un évènement, une demande d'un élève ou de parents).

C) LE CONTENU :

Par une approche préventive et éducative, ces interventions devraient permettre d'établir des relations avec les jeunes :

Les enseignants devraient être capables :

- d'apporter une information sur les produits et leurs effets, mais également sur les comportements à risque et les conséquences à court et long terme
- de rappeler et d'expliquer le respect du règlement intérieur à tout établissement et les fondements de la loi
- d'identifier et de prendre en compte les facteurs de vulnérabilités²⁷
- de développer et d'enrichir les compétences psychosociales des jeunes (image de soi, négociation, résolution des problèmes, esprit créatif, prise de décision, responsabilisation, relation aux autres).
- de favoriser une participation active des publics concernés
- de prévenir les comportements de consommation de substances psychoactives.

Ces interventions éducatives devraient prendre en compte les spécificités de l'âge, du statut scolaire, psychologique et social des jeunes, mais aussi des déterminants psychologiques et sociaux de la consommation.

²⁷ Drogues : Savoir plus, prévention de l'usage de drogues. Le livret de connaissance. Paris : Mildt-CFES, janvier 2002, 69p

5.3.2 RENFORCER, VALORISER LE PARTENARIAT :

A) DANS LE CADRE DES CESC: (recommandations de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale INSERM)

Le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté²⁸ est une instance qui a succédé en 1998 au Comité d'environnement social. Elle concerne essentiellement le second degré mais la couverture est encore incomplète. Elle permet d'organiser de manière cohérente des actions de prévention et renforce le partenariat entre l'Éducation Nationale, les parents, et les intervenants extérieurs.

Le CESC est en effet composé de personnels de l'établissement, de la santé scolaire, d'élèves, de parents, et de partenaires extérieurs.

Cette instance a des missions élargies : elle contribue à la mise en place de l'éducation citoyenne au sein de l'établissement. Elle permet d'organiser la prévention des conduites à risque et des dépendances dans le cadre du projet d'établissement. Elle assure le suivi des jeunes dans et hors de l'école. Elle vient en aide aux élèves ayant des signes de mal être. Et les liens avec la famille sont renforcés.

Cette instance devrait être assurée dans tous les établissements, car elle permet aux enseignants de ne plus se sentir isolés, et devrait ainsi favoriser la mise en place d'un projet de prévention.

²⁸ Prévention des conduites à risque et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Circulaire N°98-108 du 1-7-1998 (BO n°28 du 9 juillet 1998)

5.3.3 FAVORISER ET RENFORCER LES COMPÉTENCES²⁹

A) FAIRE ÉVOLUER LES MENTALITÉS :

Il faudrait dynamiser les équipes enseignante Et notamment leur donner les moyens de considérer ces actions de prévention non comme une discipline supplémentaire, mais comme une activité faisant partie intégrante de la vie de l'école.

Elles devraient aussi bien s'exprimer dans les activités classiques que dans des activités culturelles ou sportives. Elles dépendent donc d'attitudes et de modes d'organisations au sein de l'établissement.

Ainsi le manque de temps ne sera plus un obstacle.

En leur faisant percevoir qu'ils font déjà de la prévention sans le savoir pendant leurs cours, on les rassure sur la nature de ce qu'on attend d'eux.

B) DÉVELOPPER DES COMPÉTENCES :

Pour développer les compétences des éducateurs il faudrait leur proposer des formations adaptées :

- soit dans le cadre d'une formation initiale à l'IUFM

- soit dans le cadre d'une formation continue au cours de leur activité professionnelle.

Cependant il faut noter que de nombreuses Académies proposent déjà des formations en Education à la Santé à titres optionnels à l'IUFM.

Cette année en Moselle, faute d'inscrits les cours ont été supprimés. Il se pose bien un problème de motivation, qui peut s'expliquer soit par la surcharge de cours magistraux purement pédagogiques que leur impose l'IUFM, soit par le contenu de ces formations qui n'est peut être pas adapté à leurs demandes ou à leurs attentes.

²⁹ Education pour la santé des jeunes. Démarche et méthodes. Synthèses et recommandations. INSERM 40p

C'est la raison pour laquelle il faudrait d'abord identifier leurs besoins et répondre à leurs attentes :

- soit en développant des contenus ou savoirs leur permettant d'acquérir ou d'approfondir leurs connaissances et/ou

- soit en privilégiant des savoirs faire c'est à dire apprendre à se comporter en situation, savoir échanger avec les autres (importance du partenariat).

Ces formations devraient intégrer à la fois un travail sur les représentations de la santé, sur le rôle éducatif du maître dans le domaine de la prévention, sur l'importance de la communication et des échanges avec les jeunes, la famille et les partenaires extérieurs. Il serait également important de rappeler le rôle des enseignants en tant que personne ressource en matière de prévention primaire (éviter la survenue des premières consommations) et secondaire (dépistage, éviter la dépendance).

Les ressources disponibles devraient également être présentées :

- les documents pédagogiques

- l'accès à des outils de prévention

- les rencontres avec des partenaires spécialisés, afin de connaître leur compétence et d'échanger avec eux des expériences.

Le médecin de l'Éducation Nationale occupe une place importante à ce niveau en jouant à la fois le rôle de conseiller technique, de médiateur, et de formateur.

En sensibilisant les enseignants sur le rôle important qu'ils peuvent jouer dans la prévention des conduites addictives, il devrait leur proposer des formations en fonction des demandes et des besoins exprimés.

CONCLUSION

Le milieu scolaire est reconnu comme un lieu privilégié pour la prévention des conduites addictives. Ceci peut être expliqué par le fait que l'école reste le lieu où on peut mobiliser le maximum de jeunes, et que le lien entre la réussite scolaire, l'éducation et la santé (en tant que bien être physique et moral) y est important.

Dans l'enquête réalisée, une majorité des enseignants déclaraient que cette prévention était une des priorités de l'école et qu'elle faisait partie de leurs missions.

La moitié d'entre eux disaient intervenir auprès de leurs élèves sur ce sujet, qu'ils soient formés ou non, ce qui posait la question de l'efficacité de ces interventions.

Ni l'ancienneté à l'Éducation Nationale, ni le sexe, ni la spécialité enseignée et ni le fait d'être formé n'avaient d'influence sur leur pratique en matière de prévention.

Ces interventions étaient essentiellement motivées par le fait d'avoir été confronté à un problème d'usage de substances psychoactives. Ce qui montrait bien la nécessité de sensibiliser et de motiver d'avantage les enseignants sur l'importance à accorder à la prévention primaire dans ce domaine et non plus exclusivement à la prévention secondaire.

Les obstacles à la généralisation de la prévention des conduites addictives en milieu scolaire ne semblaient pas être de nature technique (manque d'outils de prévention, manque de temps) ni humaine (manque de contacts avec d'autres partenaires), mais plutôt le fait de manquer de formation et d'expérience. Ils étaient d'ailleurs nombreux (plus des trois quarts) dans cette enquête à déclarer manquer de connaissances et de formation sur le sujet.

Pour développer d'avantage les interventions des enseignants en milieu scolaire, il apparaît donc essentiel de soutenir, d'accompagner, de dynamiser l'équipe enseignante et de leur apporter une formation adaptée à leurs besoins et à leurs demandes.

Il est important qu'ils prennent conscience, qu'ils sont des personnes ressources en matière de prévention primaire et secondaire dans le domaine des conduites addictives.

A ce niveau se pose le problème de la formation :

-soit dans le cadre d'une formation initiale à l'IUFM : une formation obligatoire pourrait être instituée (vu le peu de présence aux modules optionnels), à condition que le contenu de cette formation soit réévalué, et qu'un allègement des cours magistraux soit réalisé³⁰.

-soit dans le cadre de la formation continue : une formation continue au cours de son activité professionnelle serait également à proposer, si elle prenait en compte les besoins de chacun, les réalités du terrain, et si elle ne se réduisait pas à une simple information.

Des acteurs seraient donc à mobiliser : d'une part, les structures de formation des enseignants (IUFM) et d'autre part l'équipe de santé scolaire et notamment le médecin de l'Éducation Nationale.

Le médecin de l'Éducation Nationale pourrait apporter son aide, soutenir l'action des enseignants et assurer le lien avec d'autres partenaires. Il pourrait également par sa compétence spécifique proposer des formations.

³⁰ JOURDAN D. *et al.* Education à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé publique*, 2002, volume 14, n°4, pp 403-423

Bibliographie

Ouvrages

Drogues : Savoir plus, prévention de l'usage de drogues. Le livret de connaissance. Paris : Mildt-CFES, janvier 2002, 69 p

LESELBAUM N., BENSLIMANE S., DE PERETTI C. *Les attitudes et les opinions des chefs d'établissement à l'égard des toxicomanies.* Paris, INRP, 1992, 39 p.

Lutte contre la drogue et prévention des dépendances. Vers un dispositif en réseau. Repères CNDP, juin 2002

Education pour la santé des jeunes. Démarche et méthodes. Synthèses et recommandations. Expertises collectives INSERM 40 p

Articles

COSTES JM., BELLO PY., PALLE C. Les addictions en France : Etat des lieux. *Revue du praticien*, juin 2003, n° 12, tome 53, pp 1299-1303

DEZENNE V., OSSCINI A., ANTIPOFF N. Prévention de la toxicomanie en milieu scolaire. Utilité, limites. *Psychologie médicale*, 1993, n° 25, tome 12, pp 1185-1187

JOURDAN D. *et al.* Education à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé publique*, 2002, volume 14, n°4, pp 403-423

PARQUET PJ. Conduites addictives. Pour une approche de la consommation des substances psychoactives. *Revue du Praticien*, juin 2003, n° 12, tome 53, pp 1291-1293

REYNAUD M. Usage nocif de substances psychoactives. Rapport au Directeur général de la Santé ; Paris : *La documentation française*, 2002, p 277

REYNAUD M., PARQUET PJ., LAGRUE G. Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Rapport au Directeur général de la Santé ; Paris : Odile Jacob, 2000, pp 10-32

VIGNAU J, KARILA L. Les conduites addictives à l'adolescence. *Revue du Praticien*, juin 2003, n° 12, tome 53, pp 1315-1318

Textes réglementaires

Prévention des conduites à risque et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.
Circulaire N°98-108 du 1-7-1998 (BO n°28 du 9 juillet 1998)

La santé des élèves : Programme quinquennal de prévention et d'éducation. Circulaire
N°2003-210 du 1-12-2003 (BO n° 46 du 11 décembre 2003)

Liste des annexes

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX ENSEIGNANTS.....II

ANNEXE 2 : ENQUÊTE MISE EN PLACE PAR L'OFDT.....VII

ANNEXE 1: **QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX ENSEIGNANTS**

Docteur Alexandra Dubernet

Médecin de l'Éducation Nationale

Centre Médico Scolaire, 34 rue de la Chèvre, 57000 Metz

PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES

Merci de répondre à ce questionnaire anonyme qui nous permettra de connaître votre avis sur la place des enseignants dans la prévention de l'usage de substances psychoactives (alcool, tabac; médicaments, cannabis et autres produits illicites) en milieu scolaire, et d'adapter ainsi les démarches de prévention.

Le temps nécessaire pour répondre à ce questionnaire est d'environ cinq minutes.

I. PREVENTION DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN MILIEU SCOLAIRE

1. Avez-vous déjà été confronté(e) à un problème d'usage de substances psychoactives dans l'établissement où vous enseignez (ou avez enseigné)?

Oui ? Non ?

2. Si oui avez-vous hésité quant à l'attitude à avoir ?

Oui ? Non ? Non concerné(e) ?

3. Pensez-vous que la prévention de l'usage de substances psychoactives est une des priorités à l'école ?

Oui ? Non ? Ne sait pas ?

4. Pensez-vous que la prévention de l'usage de substances psychoactives fasse partie des missions de l'enseignant ?

Oui ? Non ? Ne sait pas ?

5. Pensez vous que les enseignants manquent de moyens pour faire de la prévention ?

Oui ? Non ? Ne sait pas ?

Si vous avez répondu oui à la question précédente pensez vous que les enseignants manquent:

- de temps de préparation et de réalisation ?

Oui ? Non ? Ne sait pas ?

- de connaissances et de formation sur ce sujet ?

Oui ? Non ? Ne sait pas ?

- d'expérience ?

Oui ? Non ? Ne sait pas ?

- d'aide venant d'intervenants extérieurs spécialisés ?

Oui ? Non ? Ne sait pas ?

- d'accès à des supports de prévention ?

Oui ? Non ? Ne sait pas ?

6. A votre avis, qui est (ou sont) actuellement le (ou les) mieux placé(s) pour faire de la prévention ?

- Le médecin de l'Education Nationale Oui ? Non ? Ne sait pas ?
- L'infirmière scolaire Oui ? Non ? Ne sait pas ?
- Le CPE Oui ? Non ? Ne sait pas ?
- Les enseignants Oui ? Non ? Ne sait pas ?
- La famille Oui ? Non ? Ne sait pas ?
- Autres intervenants spécialisés Oui ? Non ? Ne sait pas ?

II. FORMATION SUR LA PREVENTION DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN MILIEU SCOLAIRE

1. Avez-vous reçu une formation sur ce sujet ?

Oui ? Non ?

2. Avez-vous reçu une formation au cours de vos études à l'IUFM ?

Oui ? Non ? Non concerné(e) ?

3. Avez-vous reçu une formation spécifique au cours de votre activité professionnelle ?

Oui ? Non ? Non concerné(e) ?

4. Cette formation provenait elle d'une démarche de votre part ?

Oui ? Non ? Non concerné(e) ?

5. Etes vous satisfait(e) de cette formation ?

Oui ? Non ? Non concerné(e) ?

6. Souhaiteriez vous une formation complémentaire ?

Oui ? Non ? Non concerné(e) ?

7. Pensez vous que cette formation soit utile ?

Oui ? Non ?

8. Pensez vous avoir assez de connaissances sur le sujet ?

Oui ? Non ?

III. INTERVENTIONS SUR L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHO ACTIVES AU SEIN D'UN ETABLISSEMENT SCOLAIRE

1. Etes vous déjà intervenus (es) auprès de vos élèves sur la prévention de l'usage de substances psycho actives?

Oui ? Non ?

2. Avez-vous ressenti des difficultés à traiter ce sujet avec vos élèves?

Oui ? Non ? Non concerné(e) ?

Si Oui pourquoi :

3. Avez-vous collaboré avec d'autres partenaires ?

Oui ? Non ?

4. Avez-vous été satisfait(e) de cette collaboration ?

Oui ? Non ? Non concerné(e) ?

5. Comment pensez vous que les enseignants peuvent intervenir auprès des élèves :

- Doivent ils rappeler le respect du règlement intérieur et les fondements de la loi ?
Oui ? Non ? Ne sait pas ?
- Doivent ils faire une information sur les produits et les comportements à risque ?
Oui ? Non ? Ne sait pas ?
- Doivent ils établir un climat de confiance et être à l'écoute de leur élèves pour identifier des signes de mal être ?
Oui ? Non ? Ne sait pas ?
- Doivent ils tenter d'établir la médiation entre le jeune et les autres (la famille, des spécialistes) ?
Oui ? Non ? Ne sait pas ?

IV. RENSEIGNEMENTS :

Dans quel type d'établissement exercez-vous actuellement ?:

-Collège : Oui ? Non ?

-Lycée général : Oui ? Non ?

-Lycée professionnel : Oui ? Non ?

-Autre, précisez :

Sexe : féminin? masculin?

Quelle est votre ancienneté à l'Education Nationale ?:

Quelle spécialité enseignez vous ?

Merci de déposer ce questionnaire dans la boîte au lettre de Mr X en salle des professeurs avant fin janvier 2004

ANNEXE 2 : ENQUÊTES MISES EN PLACE PAR L'OFDT :

(Prévalence de la consommation)

-ESPAD=enquête menée tous les 4 ans au niveau d'une 30ème de pays Européens, concerne les jeunes scolarisés entre 14 et 18 ans pour un échantillon en France de 12000 élèves.

(Questionnaires auto administrés)

Partenariat INSERM/OFDT

-ESCAPAD=enquête menée en mai 2000 lors de la journée d'appel de préparation à la Défense. Concerne 14000 adolescents (filles de 17 ans, garçons de 17 à 19 ans)

(Questionnaires anonymes auto administrés) ; enquête OFDT.

L'OFDT participe au Baromètre Santé mené régulièrement par le CFES. Il concerne 13685 individus âgés de 12 à 75 ans, interrogés par téléphone après un tirage aléatoire. Des suréchantillons de jeunes de 12 à 25 ans ont été réalisés dans quatre régions (7700 jeunes)