
3

Prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes

La consommation excessive d'alcool même de façon occasionnelle, peut avoir des effets sociaux, médicaux et personnels néfastes. Comme le confirment les données de prévalence au cours d'une vie ou sur une année, l'alcool est un produit plus consommé et plus valorisé que le tabac, mais il est également un produit plus redouté en raison des accidents et de la violence dont il peut être la cause. Interviennent aussi les facteurs individuels de sensibilité aux effets de l'alcool, comme le sexe ou la corpulence du sujet. Le début de l'alcoolisation est mal connu, car il est rarement perçu comme un rite d'initiation, et le processus d'alcoolisation semble plus complexe et moins « linéaire » que celui du tabagisme. Enfin, de longues périodes d'abstinence peuvent être suivies de consommations occasionnelles et massives « à risque », et les facteurs associés sont le plus souvent liés à la psychopathologie du sujet et/ou de sa famille.

Processus d'alcoolisation

On parle de la consommation occasionnelle, modérée et importante d'alcool, mais aussi de l'intoxication (*binge drinking*) qui peut être à l'origine d'accidents, de violence, de sexualité non protégée... La première consommation peut être très précoce et l'initiation souvent familiale. Une attention particulière est portée à l'impact de l'alcoolisation familiale sur les enfants (FAS : *fœtal alcohol symptoms*, violence envers les enfants, enfants comme observateurs de la violence familiale, enfants de parents alcoolodépendants). À la différence du tabac, l'alcool est souvent inclus dans une approche plus globale des conduites à risque de l'adolescent.

Selon Scheier et coll. (1997), il existe plusieurs schémas d'alcoolisation : celui des adolescents « normalement socialisés » et celui des adolescents « à problèmes », caractérisé par une implication plus rapide vers l'alcoolisation excessive. Ces adolescents « à problèmes » font plus souvent partie des « bandes », où la consommation d'alcool est stimulée. Selon ces mêmes auteurs, s'il existe des influences sociales, elles ont été largement surestimées au regard des facteurs intrapsychiques. Pourtant ces facteurs sont importants à

connaître pour expliquer le début de l'alcoolisation ainsi que le passage de la consommation occasionnelle vers la consommation problématique. Ces problèmes psychologiques sont souvent associés à une diminution des compétences, en particulier des compétences scolaires.

Les indicateurs de risque sont multiples et souvent cumulatifs. Une « combinaison type » des facteurs permettant d'expliquer la consommation n'ayant pu être mise en évidence, l'utilité des analyses peut sembler limitée pour ceux qui ont à mettre en place les actions de prévention (Schor, 1996). Toutefois, parmi les indicateurs les plus significatifs, on cite les troubles scolaires précoces et les faibles attentes scolaires des parents et du sujet (Crum et coll., 1998).

Actions de prévention

Les actions de prévention concernent plutôt les risques que la consommation elle-même. Ainsi, elles visent à :

- limiter les risques liés à l'ivresse, en particulier les accidents de la route (*drinking and driving*) (Assailly, 1998), mais aussi les conduites sexuelles à risque (Bailey et coll., 1999) ;
- aider à être conscient de sa propre consommation d'alcool et à avoir une consommation responsable (Gleason Milgram, 1996). Dans cette perspective il ne s'agit donc pas d'interdire la consommation, ce qui paraît impossible, mais de permettre un choix, dont celui de l'abstinence, dans des conditions spécifiques ;
- traiter l'alcoolisation juvénile (Graham, 1996 ; Werch et coll., 1996).

Les actions de prévention des risques d'accidents liés à la conduite en état d'ivresse (*drinking-driving behaviour*) ont été particulièrement développées (Assailly, 1998). Parmi les actions menées, citons la restriction de la disponibilité de l'alcool, l'information par les médias, la formation des professionnels de la nuit (barmen par exemple) à l'identification des signes précoces d'ivresse, l'alcoolémie « zéro » pour les jeunes conducteurs, l'autocontrôle, le couvre-feu, le raccompagnement, le conducteur désigné, l'information des services de bus et de taxis. Certaines actions suscitent la présence des femmes, censées limiter la consommation excessive d'alcool (Norman et coll., 1998).

Un autre type d'actions concerne l'initiation à la consommation d'alcool. Comme pour le tabac, les actions de prévention ont été pendant longtemps limitées à la diffusion d'informations plus ou moins dramatisantes, plus ou moins moralisatrices. Les effets physiques et sociaux néfastes de la consommation excessive d'alcool ont été largement repris, mais on a aussi utilisé des informations sur les attitudes (bonnes et mauvaises) face à l'alcool, les croyances (vraies et fausses), les normes sociales (Schor, 1996). Ultérieurement, les programmes de prévention, majoritairement mis en œuvre en milieu scolaire, ont inclus des informations sur l'ensemble des drogues et les actions

ont été orientées vers le « renforcement des compétences sociales générales ». La famille a rarement été incluse dans ce type d'actions (Schor, 1996).

Peu d'actions portent sur la prévention de toute consommation d'alcool, car la consommation modérée est considérée comme un critère d'intégration sociale. En effet, les jeunes qui boivent modérément, même s'ils sont enfants de parents alcoolodépendants, seraient mieux adaptés socialement que ceux qui adoptent un comportement « extrême », c'est-à-dire sont gros buveurs ou abstinents (Serrins et coll., 1995). Selon Feldman et coll. (1999) il faut rendre les *substance abuse role models* moins attractifs et travailler sur l'image sociale de l'alcool et de ceux qui en abusent. L'augmentation de la consommation parmi les enfants de classes moyennes montre que cette image est plutôt séduisante, donc potentiellement favorisante. Toutefois, des mesures économiques telles que diminuer l'accès à l'alcool en augmentant son prix ou en limitant l'âge légal (Graham, 1996) sont préconisées.

Facteurs d'efficacité des programmes

De même que pour les autres substances psychoactives, le moment et le lieu de l'action de prévention, les acteurs, le type d'intervention constituent d'importants facteurs d'efficacité.

Moment et lieu de l'action

La majorité des actions ont eu lieu auprès de jeunes de 10 à 18 ans (Foxcroft et coll., 1997). Mais à cet âge, les jeunes sont déjà initiés à l'alcool ; l'échec des actions est expliqué par le fait qu'elles arrivent trop tard. Certains auteurs (Haydock, 1998) proposent des interventions très précoces, dès l'école élémentaire, mais sans que l'évaluation ait été faite.

Dans la majorité des cas l'intervention a lieu dans l'école (Foxcroft et coll., 1997). Mais, pour des programmes destinés aux groupes à haut risque, comme les enfants de parents alcoolodépendants par exemple, l'école ne donne pas suffisamment de garanties de confidentialité (Serrins et coll., 1995). D'autres lieux devraient être promus (associations, clubs...) (Gleason Milgram, 1996). La télévision et les médias en général peuvent être considérés comme un canal d'information performant (Assailly, 1998), car ils permettent de modifier les normes sociales (Norman et coll., 1998).

Acteurs de prévention

Les infirmières scolaires seraient des vecteurs positifs d'une action de prévention individuelle de consommation excessive (Werch et coll., 1996). Mais il existe un écart énorme entre les acquis scientifiques et la formation des professionnels (Serrins et coll., 1995). En effet, les acteurs de prévention sont

informés en moyenne 5 à 7 ans après que les chercheurs ont établi des connaissances dans ce champ.

Les professionnels de santé ont un rôle à jouer, en particulier au moment d'un accident ou d'une tentative de suicide (c'est-à-dire aux urgences hospitalières), mais aussi dans une consultation de routine. Il conviendrait de poser systématiquement aux adolescents la question de la consommation d'alcool (Graham, 1996), afin de leur offrir l'opportunité de discuter sur ce problème ou de les diriger vers des structures appropriées.

Plusieurs études montrent que les professionnels de santé, mais aussi de l'éducation, n'ont pas toujours des idées claires et bien étayées sur les dangers de l'alcoolisation. Ainsi, Abel et coll. (1998) montrent qu'il existe une grande variabilité dans l'opinion qu'ont les médecins sur la consommation occasionnelle, modérée et importante. La perception de la dangerosité de l'alcoolisation juvénile est aussi très variable selon le type de professionnels (Sosale et coll., 1999).

La famille est un important vecteur de prévention, et améliorer les relations intra-familiales est aussi un des moyens privilégiés à promouvoir (Schor, 1996). Les relations fortes avec un adulte durant l'enfance ou le fait d'avoir une famille de petite taille à cohésion élevée sont des facteurs de protection importants. Sur les données d'une enquête aux États-Unis auprès de jeunes de 14 à 19 ans et de leurs parents, Beck et coll. (1999) étudient le rôle de la connaissance qu'ont les parents de la consommation de leurs enfants dans la prévention. Ces auteurs observent que, dans les familles où les parents exercent une surveillance, sans interdiction, sur les activités des enfants, moins d'adolescents consomment de l'alcool. La famille doit donc être « réellement » impliquée (Loveland-Cherry et coll., 1996), c'est-à-dire au-delà de la participation aux devoirs, comme il est pratiqué actuellement dans les actions de prévention scolaires. Graham (1996) propose aussi d'informer les parents sur l'apprentissage du « bon boire » à la maison.

Parmi les pratiques professionnelles à revoir, l'acceptation par les adultes que les jeunes sont matures et responsables et qu'on peut donc discuter avec eux est un point essentiel (Gleason Milgram, 1996).

Mode d'intervention

Parmi les actions orientées vers la prévention des risques d'accidents liés à l'alcoolisation excessive, la formation des professionnels de nuit à l'identification des signes précoces d'ivresse semble actuellement la plus porteuse d'espoir (Assailly, 1998). D'autres mesures concrètes, comme l'alcoolémie « zéro » pour les jeunes, l'augmentation des prix de l'alcool dans les bars ou l'organisation du raccompagnement, se montrent efficaces. En revanche, les campagnes médiatiques ainsi que l'autocontrôle avant la prise du véhicule n'ont pas donné les résultats escomptés.

Une analyse des actions de prévention primaire évaluées (Foxcroft et coll., 1997) ne permet pas de conclure à l'évidente efficacité d'un programme particulier. En effet, il existe trop peu d'études évaluatives et, parmi celles qui existent, les résultats sont peu concordants ou peu convaincants. Cette analyse montre que des actions ayant la même philosophie sous-jacente, comme l'approche multidimensionnelle de la prévention appelée *Life skill training*, peuvent avoir des effets différents (positifs, nuls, négatifs). Il est donc difficile de conclure à l'effet positif du programme, alors que d'autres facteurs peuvent être en cause, comme la personnalité de l'acteur de prévention et ses capacités à faire passer le message.

Partant du constat que, malgré les nombreuses actions, la consommation d'alcool reste élevée, Gleason Milgram (1996) propose de mieux articuler les actions entre elles et de partir de l'expérience réelle des jeunes. Cet auteur encourage les discussions sur la signification des comportements et sur les comportements alternatifs, et propose de faire confiance aux jeunes et à leur capacité de décision, non seulement à propos de l'alcool mais, à propos de tous les champs de leur vie quotidienne. Il estime aussi qu'il ne faut pas proposer de programme préétabli, mais se baser sur ce que les jeunes savent et vivent.

Les actions devraient être « *gender-specific* » (Wall et coll., 1998), car les modes et les motifs de boire ne sont pas identiques pour les filles, qui veulent « assurer » tout court, et les garçons, qui veulent « assurer sexuellement ». Ces attentes vis-à-vis de l'alcool doivent être corrigées si on veut modifier la consommation d'alcool.

Les actions menées auprès de groupes à risque s'avèrent plus efficaces que les actions auprès de publics hétérogènes. Ainsi, des interventions ciblées sur des élèves à haut risque de « décrochage scolaire », tel le « *semester-long interpersonal relations class* » rapporté par Crum et coll. (1998), ont montré une bonne efficacité.

Les interventions brèves et collectives sont à favoriser. Selon Black et Coster (1996), les jeunes redoutent les interventions qui s'étalent sur une trop longue période ou qui incluent, dès le départ, une prise en charge individuelle. Par conséquent, ces auteurs proposent de procéder par étapes. On démarre, par exemple, avec une brochure contenant des informations générales, puis, ultérieurement, quand les adolescents ont pris conscience de leurs problèmes avec l'alcool, des contacts individuels avec un intervenant en santé sont proposées.

Dans une perspective plus globale de la prévention des consommations de substances psychoactives, des programmes comme le *Life skill training* ont été mis en place pour apprendre aux jeunes à communiquer, à résoudre les conflits interpersonnels et à faire face aux difficultés de la vie quotidienne (Hansen, 1992). Citons les programmes de gestion du stress qui apprennent à faire face à des situations psychologiquement difficiles par des techniques de relaxation ou des jeux de rôle, ou les programmes sur l'estime de soi qui ont pour but

d'accroître la croyance dans sa propre valeur par des techniques de discussions ou de sketches.

Dans ce domaine de prévention, rien ne permet d'affirmer que la précocité des programmes augmente leur efficacité (Resnicow et Botvin, 1993). Comme l'âge du début de consommation est différent selon les produits, les actions de prévention doivent commencer à des âges différents selon les produits (Dewit et coll., 1997). L'âge optimum reconnu se situe entre 12 et 14 ans (grades 6-8) et 10 à 60 sessions sont nécessaires. Le meilleur programme (*Life skills training*) comporte 15 sessions la première année, 10 la seconde et 8 la troisième (Dusenbury et coll., 1997). Pour les raisons déjà évoquées, l'école est le lieu le plus adapté (Dusenbury et coll., 1997).

Actions de prévention en France

Il existe un énorme contraste entre les articles portant sur les actions de prévention dans les pays anglo-saxons (États-Unis, Royaume-Uni, Scandinavie) et les documents en langue française, par ailleurs peu nombreux et rarement publiés dans des revues scientifiques. Des efforts réels ont été entrepris pour mieux formaliser les actions (Bachman et Karsenti, 1996), mais le manque de bases scientifiques de ces actions et l'absence d'évaluation restent les deux points noirs.

En France, les actions de prévention ne sont qu'exceptionnellement basées sur des données scientifiques (la majorité des projets d'action ne comportent pas de bibliographie, par exemple) ou sur la situation réelle des jeunes (Corbiveau, 1994), et ce malgré les nombreuses études publiées concernant la consommation des jeunes (Choquet et Ledoux, 1994 ; Baudier et coll., 1997 ; Ballion, 1999 ; de Peretti et Leselbaum, 1999). Ainsi, il existe un profond clivage entre les équipes de recherche qui produisent des données socio-épidémiologiques et les acteurs et décideurs de l'éducation pour la santé qui mettent en place les actions de prévention. Ce clivage a tendance à s'accroître en raison de la fragmentation à la fois des recherches et des processus décisionnels. Diverses institutions fournissent des résultats d'enquêtes, et ce de façon souvent peu cohérente. Par ailleurs, les décisions prises au niveau national ne sont pas toujours adaptées aux perceptions et sensibilités locales.

La plupart des actions partent de constats « impressionnistes » et qualitatifs s'appuyant sur des faits divers, des opinions, des craintes... À titre d'exemple, on peut citer la liste des constats précédant la mise en place des « Points d'accueil et d'écoute » par le Ministère de la Santé et de la Solidarité, et dont certains, comme « l'émergence d'un phénomène inédit d'angoisse » ou « les ruptures familiales et sociales chez les adolescents et les jeunes majeurs », ne reflètent que peu la réalité mesurée par les enquêtes. En effet, les enquêtes montrent que le phénomène d'angoisse est en faible augmentation et que les

jeunes habitent de plus en plus longtemps chez leurs parents, signe d'une prise en charge familiale des problèmes de chômage juvénile.

La diversité des acteurs va orienter, de façon indépendante, la diversité des actions : les enseignants vont plutôt promouvoir les actions d'information, les professionnels de santé les actions d'écoute, les travailleurs sociaux le travail auprès des jeunes exclus, les représentants de l'ordre vont montrer les produits, sans que la mise en commun ou la capitalisation des actions soit systématiquement envisagée.

De plus, la plupart des actions proposées partent de l'hypothèse sous-jacente que les individus (jeunes, parents) sont incompetents (Bouchet, 1998) et qu'il faut leur apprendre comment faire. Cette méconnaissance des compétences (les savoirs, savoir-faire, savoir-être des individus et de leur famille), même si elles ne correspondent pas à ce qu'il « convient » de faire, est source de tension et peut mener à une surdité des populations cibles. Il arrive que le point de départ d'une action de prévention en matière de toxicomanie soit très idéologique : par exemple l'interdiction juridique de la drogue est parfois le seul argument avancé pour justifier l'action (Despin, 1994).

L'expression « programme de prévention » suscite une aversion de beaucoup d'acteurs ; on lui préfère « action de prévention ». Mais derrière la différence des mots se profilent des différences de mise en œuvre. En effet, à partir des articles français sur ce thème, souvent vagues quant à l'objectif (diminuer la consommation), vagues quant aux moyens (emploi de termes tels que « mise en place d'un réseau », « formation », « sensibilisation », « lieux d'écoute »), il est difficile d'avoir une idée exacte de l'action menée. Quant aux évaluations, elles sont souvent absentes ou, ici encore, « impressionnistes ». Le contenu des documents, à l'adresse des intervenants, qui accompagnent les actions (de formation, de sensibilisation) est souvent très flou, peu étayé, parfois incompréhensible pour un acteur « moyen ».

L'évaluation est rarement prévue au départ des actions, rarement mise en place après, ou se limite à des indicateurs peu pertinents (taux de participation des jeunes, par exemple) ou imprécis (« les jeunes sont de plus en plus partenaires », « amélioration de la communication »...). L'évaluation qualitative prime sur l'évaluation quantitative (Jacob et coll., 1999). L'évaluation externe, c'est-à-dire faite par un organisme qui n'est pas partie prenante de l'action, est exceptionnelle.

En France, comme ailleurs, on est passé d'une prévention de toute consommation de produits psychoactifs vers une prévention des risques liés à la consommation abusive, mais force est de constater que la place des produits a parfois compl tement disparu, au bénéfice d'une approche préventive plus globale des « conduites à risque » (suicide, accidents, absentéisme, violence...). Alors que les auteurs étrangers, dans un souci pragmatique, proposent d'ancrer les actions de prévention aux processus de consommation tels qu'ils se présentent dans leurs diversités chez les adolescents.

Les actions de prévention sont centrées sur une approche globale, favorisant la prévention d'une dépendance et non la consommation d'un produit. Ce virage par rapport aux politiques antérieures n'est pas sans poser des problèmes pratiques. D'abord, les jeunes sont rarement dépendants aux produits (Arènes et coll., 1998) et peuvent donc estimer que la prévention des dépendances ne les concerne pas dans le présent. Ensuite, le modèle de consommation diffère d'un produit à l'autre (Espad, 2000), car chaque produit a une valeur sociale et culturelle spécifique, rendant ainsi le discours « global » sans effet.

Il est intéressant de noter que les préconisations de certains auteurs français vont à l'encontre de ce que montrent les études, la plupart anglo-saxonnes. Ainsi, parmi les stratégies de prévention proposées (Menetrey, 1997) figurent l'information par le dialogue, la clarification des valeurs, alors que, comme il a été déjà mentionné, les études publiées dans les revues internationales sont critiques sur ces méthodes. Certains auteurs (Girard, 1997) préconisent d'individualiser les actions en prévention primaire, alors que les évaluations publiées concluent que les approches collectives sont supérieures aux approches individuelles en matière de prévention et la mise à l'écart des parents, alors que les études montrent l'intérêt de leur participation. Bien que des études évaluatives publiées mettent en garde contre les interventions de la police dans les établissements scolaires, ce mode d'intervention est encore très répandu en France.

Si on étudie de près l'évaluation de douze actions menées en France en milieu scolaire (Bachman et Karsenti, 1996), on note de multiples contradictions entre les pratiques de prévention et les conclusions des études évaluatives publiées dans les revues internationales. Ainsi, sur les douze actions : deux seulement ont une forte implication des élèves, pourtant jugée essentielle ; sept abordent les aspects psychologiques, émotionnels, affectifs et comportementaux, pourtant jugés indispensables ; une seule comporte des références bibliographiques justifiant le mode d'action ; aucune n'a été expertisée. Toutefois, toujours selon cette même analyse (Bachman et Karsenti, 1996), les actions de prévention menées comportent des aspects universellement reconnus comme très favorables à la qualité et à l'efficacité des actions, à savoir : un fort ancrage communautaire (multiples partenariats) ; une forte implication des divers acteurs de l'école (pas uniquement les enseignants, mais aussi l'équipe de direction, le conseiller principal d'éducation ou CPE), apportant des garanties sur le bon déroulement de l'action ; le désir d'impliquer les parents ; le désir d'améliorer la vie dans l'établissement.

Dispositifs français spécialisés

En France, comme ailleurs, les actions en milieu scolaire sont nombreuses et très diversifiées. Quelques actions originales méritent d'être soulignées, actions soit en direction des populations scolaires, comme la mise en place des

Comités d'environnement social, soit en direction des jeunes non scolarisés, comme les interventions ciblées sur les jeunes en errance et la mise en place des « Points écoute jeunes ».

Comité d'environnement social et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Les Comités d'environnement social (CES) ont été instaurés en 1990 (MEN, 1990a et b) en tant que dispositif de mobilisation des ressources ayant pour objectif de détecter et de prévenir la toxicomanie dans les établissements scolaires, sans isoler cette conduite de l'ensemble des conduites déviantes (en particulier de la violence) et des difficultés des adolescents. Le champ des compétences de ce dispositif a été élargi en 1993 vers une prise en charge globale des difficultés rencontrées par les jeunes (MEN, 1993). Les enquêtes de Choquet et Ledoux (1994) ont justifié cette « approche globale, car les troubles et conduites des jeunes ne peuvent être isolés de l'expérience scolaire ». Une mobilisation collective a permis de remplacer les multiples structures existantes par un dispositif unique, le CES, devenu ultérieurement Comité d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC).

L'évaluation de ce dispositif effectuée en 1997 (Ballion, 1998) en montre les avantages (projet permettant la mobilisation des équipes et la mise en place d'actions, avec financements de la Mildt) et les inconvénients (absence d'analyse des besoins, faible capacité d'action des établissements, faible implication des acteurs, difficultés liées au partenariat). Toutefois, selon l'auteur de l'évaluation, une « dynamique d'amélioration a été enclenchée ».

En effet :

- 57 % des établissements sollicités (287 sur 500 collèges et lycées recensés comme ayant un CES) ont spontanément répondu à l'enquête, ce qui est un signe d'intérêt pour le dispositif ;
- 60 % de ces établissements ont un CES depuis plus de 2 ans, ce qui signifie qu'une pérennité s'est installée ;
- 80 % des ces comptent une équipe multidisciplinaire d'au moins 10 personnes, dont, outre le chef d'établissement obligatoirement président du CES, un CPE (88 %), des enseignants (91 %), une infirmière scolaire (86 %), une assistante sociale scolaire (85 %), un médecin scolaire (76 %), des parents (73 %), des représentants de la mairie (63 %), des représentants de la police ou la gendarmerie (56 %), des représentants d'associations de prévention (51 %) ;
- la majorité des membres de l'équipe est fortement impliquée (70 % des travailleurs sociaux, 71 % des infirmières, 68 % des personnels d'éducation).

Les problèmes traités sont divers, avec en priorité et par ordre d'importance : les problèmes liés à la sexualité, la violence, la consommation de drogues illicites, le tabagisme, l'absentéisme, l'échec scolaire.

Restent les points faibles suivants :

- un manque de soutien des acteurs de la part de l'Éducation nationale (au niveau national ou local) : pour la conception des actions (78 % des acteurs ne se sentent pas soutenus), dans la mise en place du partenariat (85 %), dans la formation ou l'apport d'experts (87 %), dans l'évaluation (85 %) ;
- un partenariat insuffisant avec d'autres établissements scolaires (29 %) ainsi qu'avec les institutions (ou associations) qui prennent en charge les jeunes en grande difficulté comme les missions locales : 15 % des CES ont des représentants des missions locales ou des PAIO (points d'accueil, d'information et d'orientation), 6 % des représentants du monde économique, 24 % des représentants d'associations de soutien scolaire, 24 % des représentants d'associations sportives ;
- un manque d'implication des parents : malgré la forte présence des parents dans les ces, seulement 27 % des parents et 19 % des élèves s'y impliquent fortement.

Par ailleurs, les enquêtes épidémiologiques (ESPAD, 2000) montrent une augmentation importante de la consommation de tabac et de cannabis entre 1993 et 1999. Les dispositifs mis en place n'ont donc pas permis d'enrayer la progression des conduites à risque, et une évaluation globale des politiques publiques s'impose.

Dans son récent rapport, Baeumler (2002) confirme la volonté du Ministère de l'Éducation nationale de faire des CESC un dispositif privilégié de prévention, confortant ainsi l'approche globale de la santé des jeunes (incluant aussi, outre les violences, les incivilités et les pratiques à risque, qu'elles aient lieu dans ou hors de l'établissement scolaire). Il regrette la faible participation des élèves, des parents et des enseignants, et rappelle des notions essentielles telles que « partage des responsabilités », « partenariat », « formation ». La nécessité pour l'école de garder la maîtrise de l'éducation à la santé et de la prévention est un des points forts de ce rapport, tout comme le besoin d'évaluation.

Interventions auprès des jeunes en errance

Les Cemea (Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation actives) constituent un réseau de formation, d'organisation et d'animation des centres de vacances qui, depuis fin 1990, s'est investi dans les réflexions et les actions sur des questions d'enfance et de jeunesse. Le festival du « Printemps de Bourges » a été l'occasion d'intervenir plusieurs années de suite auprès des jeunes en grande difficulté et une analyse qualitative de ces interventions (Chobeaux, 1994) a été réalisée. Cette manifestation draine de nombreux jeunes en errance et pourtant, point de départ de ces actions, les travailleurs sociaux et les éducateurs y sont peu présents. Le but était d'établir des liens directs avec ces jeunes dans l'espace du festival, en leur proposant une écoute, un échange sincère d'égal à égal et un soutien (santé, conduites à risque). Sans précision sur les modalités d'intervention, cette étude met en évidence les caractéristiques de la population rencontrée : population à dominante rurale ou de petites villes de province, masculine (85 %), issue de familles modestes. Tous ces

jeunes ont « une image conflictuelle du couple parental où le rôle de celui qui ne comprend rien, ni personne, est systématiquement dévolu au père ». Le départ en errance a eu lieu un jour de conflit parental, sur un fond de cumul de difficultés sociales, scolaires, relationnelles et comportementales, dont la consommation de drogues.

L'étude pointe les lacunes d'une prévention primaire sur une population plutôt rurale (pas ou peu de contacts avec les professionnels de santé, pas ou peu de contacts avec le milieu associatif) et peu investie par les politiques publiques (la « politique de la ville » concerne essentiellement les jeunes des zones urbaines dites « sensibles »), et la nécessité d'intervenir sur des signes d'alerte précoces (décrochage scolaire, fugue, conflits familiaux chroniques, consommation de toxiques).

Sans qu'une évaluation au sens strict ait été faite, cette étude montre la diversité de ce public, ses besoins d'intervention et la nécessité de démultiplier les points de rencontre avec les travailleurs sociaux pour cette population foncièrement peu sédentaire.

Points d'accueil et d'écoute jeunes

Le but des points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ) est de s'inscrire dans une démarche préventive et de permettre aux jeunes une « mise en parole » de leurs difficultés auprès de personnes ressources (soignants, éducateurs, psychologues, représentants des organismes chargés de l'emploi...). La mise en place de ces dispositifs a fait l'objet de deux circulaires : la première, du Ministère du Travail et des Affaires sociales (DAS, 1996), qui cible plus particulièrement les publics marginalisés et les adolescents en rupture ; la seconde, du Ministère de l'Aménagement du territoire, de la Ville et de l'Intégration (DAS, 1997), qui intègre les familles et parle des jeunes démunis sur le plan social et familial et de l'engagement dans des consommations de produits (Jacob et coll., 1999).

Il existe 70 PAEJ financés par les DDASS, en plus des points d'écoute financés dans d'autres cadres (Éducation nationale, Conseil communal de la prévention de la délinquance ou CCPD, Conseil général...), dont on ne connaît pas le nombre exact. Ce qui frappe, c'est leur diversité, tant au niveau de leur financement (instances nationales, collectivités territoriales, établissements scolaires et extra-scolaires), que de leur champ d'intervention (soit généralistes voulant aborder le « mal-être des jeunes », soit plus ciblées autour de la toxicomanie, l'alcoolisme, la désinsertion sociale et scolaire), et que de leurs intervenants et modes d'intervention. Les évaluations disponibles datent toutes de 1999 et analysent, selon les cas, une (Poggi, 1999), cinq (Guénif et Mélas, 1999), dix (AREPS-IDES/ORSAS Lorraine, 1999) ou quarante (Jacob et coll., 1999) structures.

Commanditée par la Direction de l'action sociale (DAS), l'évaluation qualitative d'une structure « point écoute » développée à Toulon est rapportée par Poggi (1999). L'objectif central de cette structure est d'offrir à tous les jeunes

(de 10 à 25 ans) de la ville, ainsi qu'à leurs familles, un espace d'accueil et d'écoute, de médiation, d'information, d'orientation et d'accompagnement. Une analyse détaillée permet à l'auteur de résumer les principaux effets sur les jeunes, qui y trouvent un réconfort, se sentent considérés en tant que personnes et sont réceptifs aux conseils et aux orientations donnés par les personnes ressources, sont soutenus par rapport à leurs difficultés au sein de la famille grâce aux médiations familiales qui restaurent le dialogue parents-enfants. L'auteur conclut que ce dispositif se situe en plein cœur de la prévention primaire : restauration des parents dans leur rôle éducatif et stimulation des jeunes à s'appuyer sur les aspects positifs de leur personnalité.

Également commandité par la DAS, le rapport de Guénif et Melas (1999) présente cinq structures, toutes généralistes, et en fait une analyse transversale. Le public, connu dans 4 cas sur 5, est très diversifié et à prédominance féminine. Les auteurs décrivent ces jeunes comme présentant « à plus d'un titre une figure de marginalité ». Les structures s'accordent pour travailler sur la globalité, ce qui soulève des interrogations : Que recouvre ce concept ? Qu'apporte-t-il de nouveau ? Quelles compétences sont nécessaires pour « tout entendre » ? Que faire de la parole des jeunes ? Les auteurs évoquent la polysémie des notions d'accueil et d'écoute : écoute-orientation, où le point d'accueil joue le rôle de sas ; écoute à visée psychothérapeutique ; écoute ayant fonction de subsidiarité pour combler le manque d'écoute des autres. Bien que l'importance de la prise en compte de la dimension familiale soit reconnue, il existe une difficulté récurrente à penser le travail en direction de la famille (concurrence ressentie entre l'écouter et la famille ? attitude stigmatisante des travailleurs sociaux ? inexpérience des intervenants en la matière ?) que les équipes vivent comme une défaillance de leur dispositif. Les PAEJ sont confrontés de manière cruciale à la question de nombreuses formes de mixité, tant des publics accueillis (genre, origine sociale et nationale : « la hiérarchie sociale épouse la hiérarchie ethnique des publics ») que des identités professionnelles et sociales des intervenants (militantisme *versus* professionnalisme, ethnicisation des compétences...). Les auteurs pointent certains freins au développement des PAEJ : une logique militante et son côté contre-productif et paralysant, une logique de surexposition qui fragilise les professionnels, la difficulté à faire vivre le réseau, la confusion entre le PAEJ et la structure porteuse, l'incertitude concernant les sources de financement... Ils évoquent également certains écueils à éviter : rendre artificiellement les situations trop complexes, c'est-à-dire savoir répondre simplement à une question posée ; perdre de vue l'essentiel, qui est de réduire la souffrance des jeunes, à force de regarder du côté de l'articulation entre l'institution et les opérateurs périphériques ; devenir le lieu de facilité des adresseurs, qui ne savent comment aborder les jeunes en difficulté ; contredire la pérennité souhaitée des interventions en laissant s'installer la précarisation des intervenants.

L'étude AREPS-IDES/ORSAS-Lorraine (1999) établit les monographies de dix structures prises dans neuf départements et en fait l'analyse. Deux d'entre

elles ont été ouvertes pour la prévention des toxicomanies, les huit autres ont une approche généraliste. L'âge du public « jeune » varie entre 10 et 30 ans, mais la notion fluctue d'une structure à l'autre (plutôt jeunes adultes ou plutôt populations lycéennes). Dans la majorité des cas, le public est féminin, mais ici encore il existe une diversité. Notons que la moitié des structures n'a pas d'outil d'enregistrement systématique et que le mode de comptage est hétérogène (confusion entre le nombre de passages et le nombre de personnes). Les difficultés d'ordre familial et d'ordres affectif et sexuel sont les premiers motifs de consultation. Les actions sont diversifiées : accueil, écoute, service. Les adultes y interviennent comme des médiateurs (échanges, recherches de compromis, propositions d'orientation) dans les relations entre les jeunes et leur environnement (famille, police, école, santé). Aucune donnée n'existe sur les modalités d'intervention et le devenir des jeunes qui ont fréquenté les points écoute.

Dans le rapport rendu par Jacob et coll. (1999), une quarantaine de points écoute jeunes et/ou parents, tous créés dans le cadre de la circulaire de 1997, sont analysés. Les auteurs dégagent les lignes de force du dispositif, à savoir : une capacité d'action non médicalisée sur les problématiques de l'adolescence et plus particulièrement sur les perturbations de la relation parents-adolescents ; une capacité d'action auprès des personnes éloignées des institutions et services d'aide, de prévention et de soins ; la compétence à traiter des conduites à risque, quel que soit le degré d'implication des publics dans la consommation de produits psychoactifs ; la forte insertion dans une dynamique partenariale et plus généralement dans une dynamique locale, qui rend possibles les actions engagées ; une diversité des méthodes de travail qui, à partir d'un tronc commun de principes renvoyant aux conditions d'une prévention de proximité, fait ressortir plusieurs « familles » de points écoute (clinique, double écoute psychosociale, communautaire, éducative), la famille « éducative » étant celle qui, par la pratique de l'écoute active, doit faciliter l'engagement des personnes dans un processus où elles deviennent les « acteurs » de leur protection. Selon les auteurs, ce qui ressort de l'évaluation qu'ils ont conduite est que, pour la plupart des points écoute, l'expérience acquise et la confrontation au public conduisent assez vite à développer des combinaisons et orientations relatives à l'écoute (clinique/communautaire, psychosocial/éducatif, clinique/éducatif, communautaire/éducatif...). La recherche d'une forme nouvelle à l'entrecroisement de ces orientations paraît la plus intéressante.

Politique de la Mildt

Initialement, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), créée en 1982, était essentiellement orientée vers la prévention et la répression de l'usage des drogues illicites. De 1999 à 2002, elle a repositionné sa politique en matière de prévention des conduites de consommation à partir de plusieurs constats : la diversité des connaissances, des

pratiques et des messages ; la nécessité d'une approche globale de la prévention (Parquet, 1998) et des mécanismes de dépendances (Roques, 1999) ; le besoin d'une politique nationale et cohérente. Depuis 2002, une réorientation est en cours d'élaboration.

En conclusion, l'analyse des travaux publiés met en évidence la nécessité d'orienter les actions vers la prévention du passage de la consommation occasionnelle à une consommation plus régulière, vers la prévention des risques liés à une consommation excessive (comme l'ivresse), et vers la promotion du bien-être psychologique des adolescents comme moyen de prévention de toute consommation. L'apport de connaissances ne peut en aucun cas constituer le seul mode d'action. La prise en compte de l'expérience des jeunes en fonction de l'âge et du sexe et la participation active de la famille restent deux points forts à développer. La formation des acteurs (enseignants, médecins, infirmières...) est un préalable indispensable aux actions.

Si l'approche globale de la consommation de produits psychoactifs s'avère aujourd'hui une priorité en France, force est de constater que la majorité des actions de prévention ainsi que des évaluations publiées dans la littérature internationale reste centrée sur un produit particulier. Comme le processus d'initiation et de consommation ainsi que les risques associés diffèrent d'un produit à l'autre, l'approche globale constitue une démarche qu'il convient de mieux expliciter, formaliser, expérimenter et évaluer. Des recherches dans ce sens s'avèrent donc indispensables si on veut asseoir cette approche.

BIBLIOGRAPHIE

ABEL EL, KRUGER ML, FRIEDL J. How do physicians define « light », « moderate » and « heavy » drinking ? *Alcohol Clin Exp Res* 1998, **22** : 979-984

ARÈNES J, JANVRIN MP, BAUDIER F. Baromètre santé jeunes 97/98. Éditions CFES Vanves, 1998 : 328 p

AREPS-IDES/ORSAS-LORRAINE. Évaluation de points d'accueil et d'écoute jeunes. Rapport 1999 : 54 p

ASSAILLY JP. « Boire ou conduire ». Prévention chez les jeunes. *Alcoologie* 1998, **20** : 65-71

BACHMANN C, KARSENTI M. Prévention des toxicomanies en milieu scolaire. Dossier thématique du Centre Alain Savary. Éditions INRP, Paris 1996 : 144 p

BAEUMLER JP. L'école citoyenne. Le rôle du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Rapport présenté au Premier ministre, Paris 2002 : 116 p

BAILEY SL, POLLOCK NK, MARTIN CS, LYNCH KG. Risky sexual behaviors among adolescents with alcohol use disorders. *J Adolesc Health* 1999, **25** : 179-181

BALLION R. Les comités d'environnement social. Rapport CADIS/EHESS/CNRS pour OFDT, 1998 : 130 p

- BALLION R. Les conduites déviantes des lycéens. Rapport CADIS/EHESS/CNRS pour OFDT, 1999 : 266 p
- BAUDIER F, DRESSEN C, ARÈNES J. Baromètre santé jeunes 94. Éditions CFES Vanves, 1997 : 148 p
- BECK KH, SHATTUCK T, HAYNIE D, CRUMP AD, SIMONS-MORTON BG. Associations between parent awareness, monitoring, enforcement and adolescent involvement with alcohol. *Health Educ Res* 1999, **14** : 765-775
- BLACK DR, COSTER DC. Interest in a Stepped Approach Model (SAM) : identification of recruitment strategies for university alcohol programs. *Health Educ Q* 1996, **23** : 98-114
- BOUCHET C. L'alcoolisation des jeunes, problèmes, perspectives. Représentations, propositions, stratégies d'acteurs. Une étude en Rhône-Alpes (CRAES), 1998 : 25 p
- CHOBEAUX F. Jeunes en errance et hébergements festivaliers. Rapport Cemea, 1994 : 65 p
- CHOQUET M, LEDOUX S. Adolescents - Enquête nationale. Éditions Inserm, Paris, 1994 : 346 p
- CORBINEAU A. Description et analyse critique d'un projet de prévention des conduites d'alcoolisation auprès d'adolescents (réalisé dans un collège des Hauts de Seine en 92-93). Mémoire de stage de formation des médecins de l'Éducation nationale, Paris - XII - CHU St-Antoine 1994 : 27 p
- CRUM RM, ENSMINGER ME, RO MJ, MCCORD J. The association of educational achievement and school dropout with risk of alcoholism : a twenty-five-year prospective study of inner-city children. *J Stud Alcohol* 1998, **59** : 318-326
- DAS (Direction de l'action sociale). Mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de 10 à 25 ans. Circulaire DAS/BAG n° 96-378 du 14 juin 1996. *Bull Off Aff Soc* 1996, **28**
- DAS (Direction de l'action sociale). Mise en place de points écoute jeunes et/ou parents financés sur le chapitre 47-15 (article 20). Circulaire DAS/DSF1 n° 97-280 du 20 avril 1997. *Bull Off Aff Soc* 1997, **17**
- DE PERETTI C, LESELBAUM N. Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : évolutions. Rapport INRP-Paris X, 1999 : 170 p
- DESPIN D. Restructuration d'un projet de prévention toxicomanie. Mémoire de stage de formation des médecins de l'Éducation nationale, Paris - XII - CHU St-Antoine 1994 : 27 p
- DEWIT DJ, OFFORD DR, WONG M. Patterns of onset and cessation of drug use over the early part of the life course. *Health Educ Behav* 1997, **24** : 746-758
- DUSENBURY L, FALCO M, LAKE A. A review of the evaluation of 47 drug abuse prevention curricula available nationally. *J Sch Health* 1997, **67** : 127-132
- ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs). Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête Espad 1999, évolution 1993-1999. *Tendances* (OFDT) 2000, **6** : 1-6
- FELDMAN L, HARVEY B, HOLOWATY P, SHORTT L. Alcohol use beliefs and behaviors among high school students. *J Adolesc Health* 1999, **24** : 48-58

FOXCROFT DR, LISTER-SHARP D, LOWE G. Alcohol misuse prevention for young people : a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction* 1997, **92** : 531-537

GIRARD M. Consommation et abus de drogues chez les adolescents : guide pratique à l'usage du personnel scolaire. *Prisme* 1997, **7** : 544-568

GLEASON MILGRAM G. Responsible decision making regarding alcohol : a re-emerging prevention/education strategy for the 1990s. *J Drug Educ* 1996, **26** : 357-365

GRAHAM P. Alcohol and the young. *Arch Dis Child* 1996, **75** : 361-363

GUENIF N, MELAS L. Maux à mots adolescents, les points d'accueil et d'écoute jeunes à l'épreuve de l'usage : maturité ou mirage. Évaluation des points d'accueil et d'écoute jeunes. Rapport « Interférences » pour la Direction de l'action sociale, 1999 : 87 p

HANSEN WB. School-based substance abuse prevention : a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Educ Res* 1992, **7** : 403-430

HAYDOCK A. Alcohol education in primary schools. *Nurs Stand* 1998, **13** : 43-46

JACOB E, JOUBERT M, TOUZE S. Évaluation des points écoute jeunes et/ou parents créés à partir de la circulaire n° 97/280 du 10 avril 1997 - Rapport final. RESSCOM, 1999 : 324 p

LOVELAND-CHERRY CJ, LEECH S, LAETZ VB, DIELMAN TE. Correlates of alcohol use and misuse in fourth-grade children : psychosocial, peer, parental, and family factors. *Health Educ Q* 1996, **23** : 497-511

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Mise en place des Comités d'environnement social. Lettre du 21 octobre 1990 et note du 30 octobre 1990. *Bull Off Educ Nat* 1990a, **42**

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Prévention des toxicomanies et des conduites à risque. Lettre du 22 octobre 1990. *Bull Off Educ Nat* 1990b, **42**

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Développement des Comités d'environnement social. Lettre du 25 février 1993 et circulaire n° 93-137 du 25 février 1993. *Bull Off Educ Nat* 1993, **10**

MENETREY AC. L'alcool, le tabac, des drogues légales toujours bien présentes. In : La santé des adolescents : approches, soins, prévention. Fondation de France, Payot-Lausanne, Doin-Paris, Les Presses universitaires de Montréal, 1997 : 387-395

NORMAN P, BENNETT P, LEWIS H. Understanding binge drinking among young people : an application of the Theory of Planned Behaviour. *Health Educ Res* 1998, **13** : 163-169

PARQUET PJ. Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives. Editions CFES, Vanves 1998 : 107 p

POGGI D. Le point jeunes à Toulon : un accueil multidimensionnel. Évaluation monographique. Rapport de Vérès – Consultants pour la Direction de l'action sociale, 1999 : 45 p

RESNICOW K, BOTVIN G. School-based substance use prevention programs : why do effects decay ? *Prev Med* 1993, **22** : 484-490

SCHEIER LM, BOTVIN GJ, BAKER E. Risk and protective factors as predictors of adolescent alcohol involvement and transitions in alcohol use : a prospective analysis. *J Stud Alcohol* 1997, **58** : 652-667

SCHOR EL. Adolescent alcohol use : social determinants and the case for early family-centered prevention. Family-focused prevention of adolescent drinking. *Bull NY Acad Med* 1996, **73** : 335-356

SERRINS DS, EDMUNDSON EW, LAFLIN M. Implications for the alcohol/drug education specialist working with children of alcoholics : a review of the literature from 1988 to 1992. *J Drug Educ* 1995, **25** : 171-190

SOSALE S, FINNEGAN JR, SCHMID L, PERRY C, WOLFSON M. Adolescent alcohol use and the community health agenda : a study of leaders' perceptions in 28 small towns. *Health Educ Res* 1999, **14** : 7-14

WALL AM, HINSON RE, MCKEE SA. Alcohol outcome expectancies, attitudes toward drinking and the theory of planned behavior. *J Stud Alcohol* 1998, **59** : 409-419

WERCH CE, CARLSON JM, PAPPAS DM, DICLEMENTE CC. Brief nurse consultations for preventing alcohol use among urban school youth. *J Sch Health* 1996, **66** : 335-338