

7

Prévention des risques liés à la consommation de produits psychoactifs

Les substances dites psychoactives sont celles qui induisent des effets pharmacologiques, diversifiés en nature et en intensité, modifiant l'activité du système nerveux central. La consommation de ces substances comporte en outre le risque, variable selon les produits, de développer une dépendance. Les classifications des produits diffèrent suivant qu'elles considèrent la nature de leurs effets pharmacologiques, leurs propriétés d'induction d'une dépendance et les risques de surdose ou leur dangerosité sociale (accidents, violence...). Le tabac, l'alcool et maintenant aussi le cannabis sont les trois produits les plus consommés par les jeunes. L'héroïne et la cocaïne restent des produits peu expérimentés par les adolescents, en France moins de 1 % des jeunes de 14 à 18 ans en ont consommé.

Au vu des différences entre les modes d'approche, à la fois des phénomènes de consommation et de la prévention, on propose d'analyser dans un premier temps la littérature internationale en fonction des produits. Les actions d'éducation menées en France auprès des jeunes publics pour la prévention des consommations de substances psychoactives seront examinées plus spécifiquement dans un second temps.

Tabac

La prévention du tabagisme est jugée prioritaire à plusieurs titres : le tabagisme est de toute évidence le comportement à risque qui cause le plus de décès à terme (Payne Epps et coll., 1995) ; le tabac est une drogue introductive (*gateway drug*) à d'autres produits, comme le cannabis et l'alcool (Torabi et coll., 1993) ; une augmentation, d'ailleurs inexpliquée, du tabagisme féminin est observée (Patton et coll., 1998). Les actions de prévention du tabagisme chez les jeunes existent depuis les années cinquante. Dès le début, ces actions se sont surtout situées dans une perspective de prévention des maladies cardiovasculaires et des cancers ; plus récemment s'y est ajoutée la prévention des toxicomanies.

Processus de tabagisme

Le processus de tabagisme qui mène jusqu'à la dépendance à la nicotine peut être décomposé en cinq étapes :

- une étape préparatoire, durant laquelle les attitudes et croyances favorables (ou défavorables) au tabac se développent ;
- l'initiation au tabac, souvent dans le cadre des groupes de pairs, qui concerne l'essai des premières cigarettes ;
- une phase expérimentale durant laquelle on fume irrégulièrement et dans des situations spécifiques (rencontres entre jeunes, fêtes...) ;
- une phase de consommation régulière sans dépendance ;
- une phase de dépendance avec consommation quotidienne.

La majorité des actions de prévention ont pour objectif soit d'éviter ou de retarder l'initiation au tabac et donc d'intervenir avant le début du processus, soit d'aider à l'arrêt du tabagisme et donc intervenir en fin de processus.

Dans le premier cas, les actions se situent au niveau individuel, familial ou collectif. Au niveau individuel, les intervenants visent la modification des attitudes face au tabac (Porcellato et coll., 1999), la résistance face à l'offre familiale et surtout amicale, le retard de la première cigarette (Smith et coll., 1994) ; au niveau familial, l'arrêt du tabagisme parmi les parents des enfants jeunes (Charlton, 1996 ; Farkas et coll., 1999) ; au niveau collectif, l'interdiction de la vente aux mineurs (Altman et coll., 1999), l'interdiction de fumer dans les écoles ou les lieux publics et l'augmentation du prix du tabac (Lewitt et coll., 1997). Les facteurs qui influent sur le début du processus diffèrent non seulement selon le sexe (Killen et coll., 1997 ; Patton et coll., 1996) et le statut scolaire (Hu et coll., 1998 ; DiFranza et Librett, 1999), mais évoluent aussi d'une génération à une autre (Perez-Stable et Fuentes-Afflick, 1998), faits dont on devrait tenir compte dans les programmes de prévention.

Dans le second cas, il s'agit d'une aide à l'arrêt du tabagisme qui peut concerner soit le jeune, soit ses parents. En ce qui concerne les jeunes, l'arrêt est plus fréquemment observé (et probablement plus facile) parmi les petits fumeurs (Sargent et coll., 1998). En ce qui concerne les parents, l'arrêt devrait intervenir avant le début du tabagisme des jeunes (Farkas et coll., 1999). Dans tous les cas, l'étude de la motivation du sujet est un préalable indispensable à la mise en place de ce type de programme (Lamkin et Houston, 1998).

À côté de ces programmes, désormais classiques, se profile la prévention de la consommation régulière, c'est-à-dire la réduction des risques. Comme bon nombre de jeunes ont une expérience avec le tabac, et ce d'autant plus qu'ils sont « socialement compétents » (Killen et coll., 1997 ; Resnicow et coll., 1999), il convient de ne pas criminaliser cette consommation ou de culpabiliser les petits consommateurs. Une des questions essentielles est alors : comment concevoir une réduction des risques des fumeurs, tout en évitant d'encourager la consommation des non-fumeurs ? (Resnicow et coll., 1999).

Actions de prévention

Plusieurs « générations » d'actions se sont succédé (Binyet et De Haller, 1993 ; Lamkin et Houston, 1998). Les premières interventions avaient pour objectif d'apporter exclusivement des informations sur les dangers du tabac. Les modes d'intervention pouvaient être assez variés : leçons, enseignement par les pairs, création d'affiches... Vers les années soixante, se sont développées des techniques de groupe et d'intervention comportementaliste ayant comme but essentiel d'apprendre à résister aux influences sociales (pressions de la famille et/ou pressions des pairs). Depuis les années soixante-dix, les programmes ont été basés sur le renforcement des « compétences sociales générales » ou « compétences de vie », incluant, outre des composantes cognitives, la prise de décision, les compétences pour faire face (*coping*) et l'affirmation de soi. Certains programmes basés sur le *coping* partent du principe que fumer est une des stratégies que le sujet utilise pour faire face au stress et qu'il convient de trouver d'autres moyens pour augmenter les compétences à prendre des décisions « plus saines pour la santé ». Ces stratégies étaient élaborées pour éviter le début de la consommation, c'est-à-dire au moment où le choix de consommer ou non existe encore.

Actuellement deux types d'actions sont en plein développement : celles, comme on l'a indiqué plus haut, qui permettent de réduire le risque de passage de la consommation occasionnelle à la consommation régulière (Resnicow et coll., 1999) et celles qui permettent de promouvoir le bien-être psychologique des adolescents, comme moyen de prévention de toute consommation (Patton et coll., 1998).

Facteurs d'efficacité des programmes

Certains éléments comme le moment de l'action de prévention, les acteurs, le type d'intervention constituent d'importants facteurs d'efficacité.

Moment de l'action

La prévention de l'initiation tabagique s'avère le plus souvent être un échec à terme quelle que soit la technique utilisée (gestion du stress, résistance à l'influence sociale, information concernant les dangers du tabac). En effet, au-delà de quatre ans on n'observe plus de différence entre les groupes qui ont bénéficié d'un programme de prévention et ceux qui n'en ont pas bénéficié. En conséquence, on privilégie actuellement des actions qui, partant de la situation spécifique du sujet (âge, sexe, statut scolaire, statut culturel), tiennent compte du développement cognitif et social du jeune et incluent dans la mise en œuvre du programme ses propres expériences avec les produits tout au long de l'adolescence, c'est-à-dire entre 12 et 18 ans (Binyet et De Haller, 1993 ; Perez-Stable et Fuentes-Afflick, 1998).

Acteurs de prévention

Parmi les acteurs de prévention, les enseignants peuvent jouer un rôle important (Nutbeam, 1995). Leur intervention au niveau collectif, par classe ou par niveau scolaire, doit comporter au moins 5 sessions, situées entre la fin de l'école primaire et les deux premières années de l'école secondaire. L'implication des parents ainsi que la formation préalable des enseignants s'avèrent indispensables. Toutefois, ces actions ne peuvent être efficaces que si elles sont en cohérence avec d'autres actions mises en place en dehors de l'école (mesures publiques, implications des médecins praticiens). Ce qui signifie, comme conclut Nutbeam (1995), que l'école ne peut résoudre à elle seule tous les problèmes de société.

L'implication des cliniciens (pédiatres ou médecin généralistes, mais aussi dentistes et infirmières) dans les programmes de prévention s'avère plus efficace que les programmes développés en milieux scolaires (Payne Epps et coll., 1995 ; Thomas et Thomas, 1995). Cette implication se situe à plusieurs niveaux.

- Au niveau individuel auprès des jeunes, en évaluant leur risque tabagique à l'occasion de consultations médicales (Lamkin et Houston, 1998 ; Perez-Stable et Fuentes-Afflick, 1998). Il est conseillé de : demander à chaque jeune consultant son statut tabagique (actuel ou projeté) et celui de son entourage (parents, fratrie, amis) ; donner des conseils pour ne pas fumer ; offrir un programme d'arrêt à chaque fumeur ; assurer le suivi (ne serait-ce que par un appel téléphonique). Ces recommandations sont présentées par tranches d'âge dans le programme des « 5 As » (*Anticipate challenges to antismoking behaviours, Ask for information, Advise not to start, Assist staying a non smoker, Arrange follow-up visits*) du National Cancer Institute (Klein, 1995).
- Au niveau individuel auprès des familles à risque, en proposant un arrêt du tabac aux parents d'enfants âgés de moins de 8 ans (Farkas et coll., 1999). Le programme des « 5 As » comporte des recommandations pour les familles et adultes de l'entourage des enfants jusqu'à 12 ans (Klein, 1995).
- Au niveau collectif, en exerçant une pression sur les responsables scolaires pour maintenir des programmes antitabac dans les écoles. Sockrider (1997) évoque l'intérêt à ce qu'un programme d'arrêt du tabac dans le milieu scolaire soit relayé par les pédiatres.

Les actions menées par les pairs (formés) n'ont pas obtenu les effets escomptés, voire même, selon certains, ont augmenté la consommation des produits (Dishion et coll., 1999). En revanche, l'action conjuguée entre pairs et adultes donne de meilleurs résultats (Binyet et De Haller, 1993). Les actions qui impliquent les parents ressortent comme les plus efficaces (Porcellato et coll., 1999).

Modes d'intervention

Les programmes basés sur la capacité à faire face au stress se révèlent peu performants. D'une part, parce que ces programmes ne peuvent être efficaces

que lorsqu'ils ont lieu avant l'initiation : une fois l'habitude de consommer prise, il n'y a plus réellement de choix, car la dépendance physique s'est installée. Or, il est très difficile, d'une part de connaître le début exact de la consommation des adolescents au niveau d'une communauté (classe, école...), d'autre part d'intervenir trop tôt auprès des enfants sur le thème du stress. Par ailleurs, le tabac étant identifié dans ces programmes comme moyen de réduire le stress, il peut en résulter une augmentation du tabagisme des jeunes publics (Binyet et De Haller, 1993).

Les politiques publiques s'avèrent efficaces dans le domaine de la « non-initiation » au tabac quand elles proposent l'augmentation des prix. A ce sujet, le rapport Recours (1999) souligne que, bien qu'étant un levier d'action déterminant dans la réduction du tabagisme, la majoration des prix montre une efficacité variable selon les fumeurs et ne peut être exclusive d'une action plus large de prévention. La limitation de l'accessibilité au tabac peut donner de bon résultats à condition que les revendeurs soient fortement impliqués et se conforment à la réglementation de façon soutenue (Reid et coll. 1995 ; Cummings et coll., 1998 ; Stead et Lancaster, 2000) ; les interdictions de fumer sont peu efficaces ; la publicité antitabac peut avoir un effet inverse (c'est-à-dire augmenter le tabagisme des jeunes) (Lewitt et coll., 1997).

Quel que soit le moment de l'intervention pour éviter l'initiation ou pour promouvoir l'arrêt, les actions aux niveaux scolaire, familial ou communautaire sont plus efficaces que les actions isolées (Kaplan et Weiler, 1997 ; Manske et coll., 1997).

Il reste qu'implicitement les messages accompagnant les actions de prévention s'adressent plus aux garçons qu'aux filles (Smith et coll., 1994) et qu'il convient d'élaborer des actions mieux ciblées sur les motivations des filles (Patton et coll., 1996 et 1998).

Alcool

La prévention de l'alcoolisation est plus complexe que la prévention du tabagisme. D'abord parce que la consommation excessive d'alcool peut avoir, même de façon occasionnelle, des effets sociaux, médicaux et personnels néfastes. Ensuite parce que, 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-*Foetal Alcohol Symptoms*, violence envers les enfants, enfants comme observateurs de la violence familiale, enfants d'alcooliques). 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.

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, la publicité, 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'action 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 l'alcoolisme 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 été rarement 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 d'alcooliques, seraient mieux adaptés socialement que ceux qui adoptent un comportement « extrême », c'est-à-dire sont gros buveurs ou abstinents (Serrens 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 le prix ou en limitant l'âge légal (Graham, 1996) sont préconisées.

Facteurs d'efficacité des programmes

De même que pour le tabagisme, 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 des jeunes de 10 à 18 ans (Foxcroft et coll., 1997). Mais, à cet âge, les jeunes sont déjà initiés à l'alcool et 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 d'alcooliques par exemple, l'école ne donne pas suffisamment de garantie de confidentialité (Serrins et coll., 1995). D'autres lieux devraient être promus (églises, associations...) (Gleason Milgram, 1996). La télévision et les médias en général peuvent être considérés comme un canal d'information performant (Assailly, 1998), en ce qu'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 aient des acquis dans ce champ (*communication gap*).

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 et de tabac (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 professionnel (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 leur 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, la publicité dans ce domaine 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, sans effets, 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 décisions, 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 », telle 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 leur problèmes avec l'alcool, des interventions individuelles faites par un intervenant en santé sont proposées.

Drogues

Sous le vocable « drogues », sont pris en compte, dans la majorité des cas, l'alcool et les drogues illicites, c'est-à-dire les produits qui augmentent l'euphorie et altèrent la conscience (Heyman et Adger, 1997). Parfois le tabac est inclus, mais pas systématiquement. Certaines actions ciblent exclusivement les drogues illicites, et plus spécifiquement le cannabis (Dorsch, 1997 ; Rosenbaum, 1998 ; White et Pitts, 1998 ; Allott et coll., 1999).

La plupart des programmes de prévention contre la drogue font partie de cette « guerre contre la drogue » (Rosenbaum, 1998) que les États-Unis ont voulu mener depuis les années soixante. Pendant longtemps, l'objectif de cette prévention était l'abstinence (*Drug Free School, Just say no*) (Ross et coll., 1995 ; Dorsch, 1997). Cependant la consommation de drogues n'a pas cessé d'augmenter. En ce qui concerne l'usage du cannabis par exemple, l'étude de Bachman et coll. (1998) montre clairement une recrudescence parmi les publics scolaires aux États-Unis depuis le début des années quatre-vingt-dix. Devant l'échec de la politique engagée, des objectifs plus nuancés ont été avancés tels que prévenir l'abus, promouvoir la gestion du risque...

Processus

Contrairement à ce que l'on observe à propos du tabagisme ou de l'alcoolisation, lorsqu'on aborde la prévention de la consommation de « drogue » le processus est rarement défini. Dans les études comme dans les programmes de prévention, la confusion règne encore entre l'usage, l'abus et la dépendance. Rosenbaum (1998) remarque que, dans certains programmes, les termes *use*, *abuse* et *addiction* sont employés indifféremment. La majorité des programmes basés sur la conviction que tout usage de « drogue » est pathologique, déviant et dangereux ont longtemps limité les objectifs à l'abstention de toute consommation (Ross et coll., 1995), et ce dans la plupart des pays (Allott et coll., 1999). Or les études montrent qu'à 18 ans les consommateurs occasionnels ont moins de problèmes psychoaffectifs que les non-consommateurs, et que les gros consommateurs (Resnicow et Botvin, 1993). Actuellement, une tendance plus réaliste se profile, qui tient compte de l'expérience qu'ont les

jeunes avec la drogue et des difficultés qu'ils rencontrent (Dorsch, 1997). La réduction des risques est l'objectif de certains programmes destinés aux adolescents à haut risque (McClanahan et coll., 1998).

Actions de prévention

Divers types d'actions de prévention ont été menés dans le domaine (Hansen, 1992), et ce avec deux objectifs : diminuer la consommation de drogues par des actions directes « *drug oriented* » ; diminuer la consommation par des actions indirectes « *subject oriented* » ou amélioration de la qualité de vie.

Les plus répandues sont les actions basées sur l'information. Le modèle « KAB » (*Knowledge, Attitudes, Behaviour*) est utilisé pour informer les jeunes sur les conséquences négatives de la drogue et promouvoir une attitude négative envers ces produits, afin d'aboutir à un changement de comportement (diminution de la consommation, non-acceptation du produit) (Allott et coll., 1999). Ces programmes ont souvent été associés à d'autres portant sur les choix de vie (clarification des valeurs et des objectifs pour chaque sujet, valeurs ou objectifs jugés incompatibles avec la consommation de produits), et sur la prise de décision : (apprendre à faire des choix raisonnés et alternatifs à la consommation de drogues) (Hansen, 1992).

Dans les années soixante-dix, un modèle psychosocial a été utilisé par plus de 50 % des écoles aux États-Unis : le programme DARE (*Drug Abuse Resistance Education*) (Allott et coll., 1999). Ce programme fut promulgué au départ par des policiers, puis ultérieurement par d'autres professionnels. Il comportait 17 séances de 45 à 60 minutes et avait pour objectif de former les jeunes à résister aux pressions de consommation (*resistance skills training*) de la part de leurs pairs, de leur fratrie, des adultes de leur entourage et des médias. Comme cette pression est en partie induite par la perception qu'ont les jeunes de la consommation d'autrui et que la majorité des adolescents surestime la consommation de drogues dans leur entourage proche, certains programmes visent à réajuster la perception à la réalité (*norm setting* ou *normative education*) (Hansen, 1992 ; Belcher et Shinitzky, 1998 ; Palmer et coll., 1998).

Dans une perspective plus globale, 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 rôles, 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.

Facteurs d'efficacité des programmes

Comme pour le tabac et l'alcool, l'efficacité des actions de prévention de la consommation de drogues dépend du moment et du lieu de l'action, des acteurs et du type des interventions.

Moment et lieu de l'action

Dans ce domaine de prévention rien ne permet d'affirmer que la précocité des programmes augmente son efficacité (Resnicow et Botvin, 1993). Comme l'âge du début 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).

Acteurs de prévention

Une analyse systématique des acteurs est faite par Allott et coll. (1999). Les interventions par des policiers (DARE) paraissent peu efficace : elles augmentent l'attitude positive vis-à-vis des policiers et les connaissances en matière de drogues, mais ne provoquent pas une diminution de la consommation. D'autres actions avec les policiers pourraient être envisagées, mais pas sur le thème de la drogue. Par ailleurs, d'après Lisnov et coll. (1998), l'intervention de la police est jugée négativement par ceux qui consomment et ont déjà eu des problèmes avec elle.

Les enseignants ou autres professionnels scolaires participent à la majorité des programmes. La formation des enseignants est primordiale (Allott et coll., 1999). Plus les enseignants sont formés, plus ils se sentent capables d'intervenir (McClanahan et coll., 1998). Trop peu d'efforts sont faits pour former les enseignants et les équipes scolaires à gérer les familles et leur influence sur la consommation de drogues des adolescents (McClanahan et coll., 1998). La formation des enseignants (au moins un *school administrator* ou *team leader* par école) par une « école d'été » a donné des résultats fructueux (Romano, 1997). Cette formation doit inclure, outre des connaissances scientifiques, des discussions sur la façon de modifier un programme scolaire, de mettre en place des stratégies de persuasion, de mener un groupe de jeunes... La motivation des professionnels de santé à l'école, la satisfaction professionnelle sont importantes dans la réussite de la mise en place des actions (Villalbi et coll., 1997).

L'intervention à l'école par des personnes extérieures a plus d'impact que des méthodes « de masse » impersonnelles (telles que la publicité, par exemple). Une composante interpersonnelle s'avère indispensable à l'efficacité des interventions (Lisnov et coll., 1998).

L'approche par les pairs implique que les enfants soient âgés d'au moins 6-7 ans. Dans l'ensemble, l'efficacité de cette démarche n'est pas prouvée. En

effet, les pairs sont efficaces pour diffuser l'information sur la drogue, mais aucune donnée n'est disponible quant à leur impact sur la consommation (Allot et coll., 1999). Selon certains auteurs, les succès des programmes utilisant cette approche sont uniquement liés au fait qu'ils utilisent des méthodes participatives.

La participation des parents est peu utilisée dans les démarches de prévention vis-à-vis de la drogue, malgré qu'on connaisse l'importance des parents dans l'éducation.

Les *counselors*, qui sont des professionnels, la plupart du temps psychologues, dont le rôle est de favoriser la parole des patients, interviennent dans les programmes destinés aux jeunes à haut risque (McClanahan et coll., 1998).

Les interventions des praticiens sont efficaces, en ce qu'ils peuvent questionner les jeunes au cours des consultations, leur demander s'ils consomment, si leurs amis consomment, s'ils ont déjà conduit un véhicule sous influence de l'alcool ou d'autres drogues, s'ils ont été passager d'une personne « sous influence ». Ils peuvent également interroger sur leur consommation ceux qui viennent pour un accident (Werner, 1995) et, le cas échéant, leur demander s'ils souhaitent arrêter.

Mode d'intervention

Les actions permettant aux jeunes d'acquérir des compétences générales (résistance à la pression du groupe, mais aussi réajustement de la perception des normes à la réalité) s'avèrent meilleures que les programmes qui se basent sur l'information et les valeurs (Hansen, 1992 ; Dusenbury et coll., 1997). Toutefois, certains des programmes ayant ces mêmes objectifs ne donnent pas de résultats, ce qui pose la question de « pourquoi certains programmes marchent et d'autres pas » (Resnicow et Botvin, 1993). Les programmes utilisant des méthodes interactives sont plus efficaces que les programmes « *ex-cathedra* ». L'utilisation de l'ordinateur a apporté des améliorations. L'action type « Théâtre de l'opprimé » fait partie de ces nouvelles interventions jugées positivement (Allott et coll., 1999). Les actions collectives s'avèrent plus efficaces que les actions individuelles, qui devraient être réservées à la prise en charge des jeunes en grande difficulté (McClanahan et coll., 1998).

Une discussion s'impose à propos de l'information : comme toutes les actions incluent des éléments informatifs, on ne sait pas si on peut se passer de l'information ou non. On peut seulement dire que l'information seule ne suffit pas. Selon les jeunes, certains programmes donnent trop d'informations (Allott et coll., 1999) et le *KAB model* s'avère peu performant. En tout état de cause, les non-consommateurs ont une opinion plus positive des actions que les consommateurs, signe d'un décalage entre le discours tenu et les besoins ressentis (Lisnov et coll., 1998).

Finalement, l'étude de Norland et coll. (1996) suggère que le faible succès des programmes de prévention de la consommation de drogues est probablement

dû à des théories fausses, par exemple de croire que la consommation est liée à la méconnaissance des produits. Selon ces auteurs, il faut créer des liens forts avec l'école (*social bound model*), liens qui diminueraient le désir de rencontrer des jeunes déviants et donc le risque de consommer. Les auteurs d'une étude d'intervention aux États-Unis auprès d'adolescents à haut risque et de leur familles (Anonymous, 1993) mentionnent la parfaite connaissance qu'ont ces jeunes de la nocivité des produits ; ce savoir ne les aide pourtant pas à modifier leurs comportements. Un point essentiel souligné par MacNeil et coll. (1999) est que l'objectif majeur est de s'efforcer d'améliorer l'avenir des jeunes, qui consomment d'autant plus qu'ils ont de l'avenir une vision négative.

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 Karsenty, 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 (Corbinau, 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 profile 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 (  partir des 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 » qui peuvent aussi comporter le suicide, les accidents, l'absentéisme, la 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 critiquées sur ces méthodes. Certains auteurs préconisent (Girard, 1997) : la nécessité 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 ; 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 12 actions menées en France en milieu scolaire (Bachman et Karsenty, 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 Karsenty, 1996), les actions de prévention menées comportent des aspects universellement reconnus comme très favorables à la qualité et 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, cependant 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 scolaires, comme les interventions ciblées sur les jeunes en errance et la mise en place des « Points écoute jeunes ».

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

Les Comités d'environnement social (CES) ont été instaurés en 1990 (MEN, 1990a, 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 s'est opérée pour 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 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 est 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 signe d'intérêt pour le dispositif ;
- 60 % des 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.

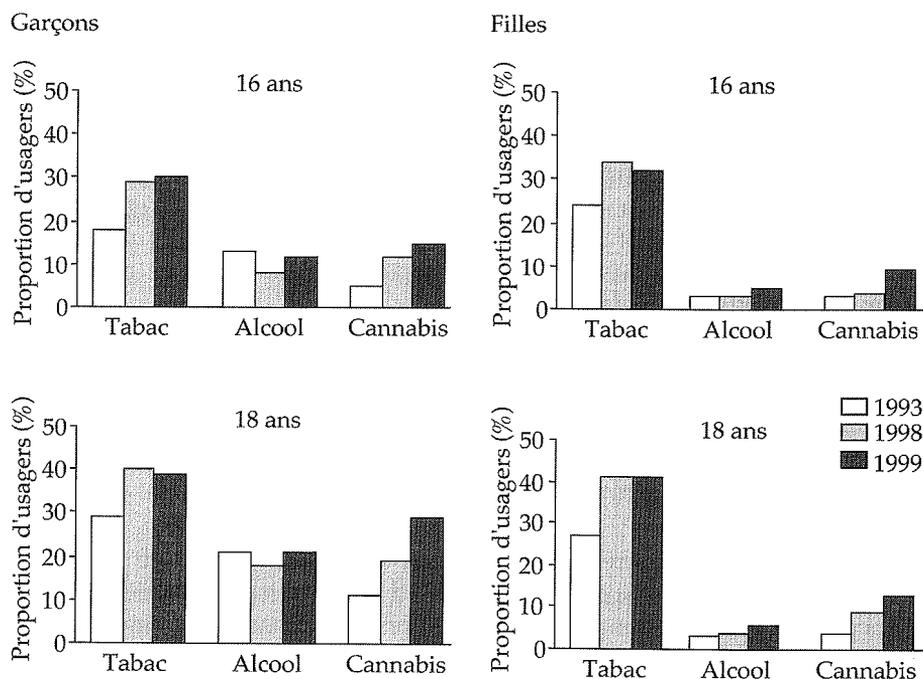
Restent les points faibles suivants :

- 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 des 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 (figure 7.1) 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.



Tabac : quotidien

Alcool : plusieurs fois par semaine (données 1993 et 1998) ; au moins 10 fois par mois (données 1999)

Cannabis : au moins 10 fois par an

Figure 7.1 : Évolution 1993-1999 des usages répétés de produits parmi les jeunes scolarisés dans le secondaire. Données 1993 : Choquet et Ledoux, Inserm U472 ; données 1998 : Baromètre Santé Jeunes, CFES ; données 1999 : ESPAD 99, Inserm/OFDT/MENRT.

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 mêmes 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), 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 substances 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 la 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 extrascolaires), 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 probablement 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 40 (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 d'écoute, de médiation, d'information, d'orientation et d'accompagnement. Son 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 parties saines et fortes de leur personnalité.

Également commandité par la DAS, le rapport de Guénif et Mélas (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 dans 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 (donc 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 10 structures prises dans neuf départements et en fait l'analyse. Deux d'entre elles ont été ouvertes pour la prévention des toxicomanies, les 8 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 des 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, 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 MILDT²

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. Depuis deux ans, 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.

Pour construire cette politique, les principes suivants ont été adoptés :

- Principe de cohérence globale : les actions de prévention à propos des conduites de consommation ne peuvent être isolées des autres actions de prévention.
- Principe de participation et de dialogue : les actions de prévention ne peuvent se limiter à la diffusion d'informations (sous forme de conférences par exemple), mais devront impliquer les individus cibles de la prévention.
- Principe de réalité : les actions ne visent pas uniquement l'abstinence (irréaliste) mais la prévention des risques.
- Principe de professionnalisation : la mise en place des actions de prévention nécessite des connaissances spécifiques et des outils adaptés.

Le moment de l'action est fonction du niveau de prévention : prévention de l'initiation, prévention des risques ou prévention du passage de la consommation occasionnelle vers l'usage nocif.

Les acteurs de prévention sollicités sont : l'école (enseignants, acteurs sociaux et de santé), les associations (en particulier les associations sportives), les professionnels de santé, les parents. La presse a été prise en compte comme vecteur de diffusion des connaissances et des opinions.

L'évolution des moyens d'action et des modes est envisagée en deux temps :

- Dans un premier temps : construire et diffuser un corpus de connaissances communes et scientifiquement étayées. Dans cette perspective, la MILDT a initié l'élaboration : de documents, dont un pour la presse et un en direction de la population générale intitulé « Savoir plus, risquer moins » ; d'un site Internet comptabilisant actuellement plus de 8 000 connexions par semaine ; d'un plan de formation national pour les éducateurs et les professionnels sociaux et de santé et ce en prenant en compte les formations existantes. Il reste à réaliser des documents pour les adolescents (vidéos, films).
- Dans un second temps : modifier les pratiques d'action par la formation, la labellisation des actions de prévention (en cours), un travail en commun avec les parents.

Un recensement départemental des actions en cours est actuellement en œuvre.

Par ailleurs, à l'initiative du ministère de Jeunesse et des Sports et en collaboration avec la MILDT, un ouvrage recensant et analysant les outils pédagogiques susceptibles d'être utilisés dans le cadre d'actions préventives a été réalisé en 1992, puis réédité en 1994. Cet ouvrage est paru à nouveau en 1999 sous l'intitulé « Jalons pour la prévention des comportements d'usage de drogues – Guide des outils 1998 », édité par le Centre national de documentation sur les toxicomanies et autres difficultés de la jeunesse (CNDT).

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, dans le sens positif 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 des 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

ALLOTT R, PAXTON R, LEONARD R. Drug education : a review of British Government policy and evidence on effectiveness. *Health Educ Res* 1999, **14** : 491-505

ALTMAN DG, WHEELIS AY, MCFARLANE M, LEE H, FORTMANN SP. The relationship between tobacco access and use among adolescents : a four community study [see comments. *Soc Sci Med* 1999, **48** : 759-775

ANONYMOUS. Designing health promotion approaches to high-risk adolescents through formative research with youth and parents. *Public Health Rep* 1993, **108** : 68-77

ARENES J, JANVRIN MP, BAUDIER F. *Baromètre santé jeunes 97/98*. Editions CFES, Paris, 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

BACHMAN JG, JOHNSON LD, O'MALLEY PM. Explaining recent increases in students' marijuana use : impacts of perceived risks and disapproval, 1976 through 1996. *Am J Public Health* 1998, **88** : 887-892

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, ARENES J. *Baromètre Santé Jeunes 94*. Editions CFES, Paris 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

BELCHER HM, SHINITZKY HE. Substance abuse in children : prediction, protection, and prevention. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998, **152** : 952-960

BINYET S, DE HALLER R. Efficacité de la prévention du tabagisme chez les jeunes – Revue critique de la littérature. *Sox Praventivmed* 1993, **38** : 366-378

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

- CHARLTON A. Children and smoking : the family circle. *Br Med Bull* 1996, **52** : 90-107
- 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
- CUMMINGS KM, HYLAND A, SAUNDERS-MARTIN T, PERLA J, COPPOLA PR, PECHACEK TF. Evaluation of an enforcement program to reduce tobacco sales to minors. *Am J Public Health* 1998, **88** : 932-936
- DAS (Direction des affaires sociales). Mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de 10 à 25 ans. Circulaire DAS/BAG n° 96-378 du 16 juin 1996. *Bull Off Aff Soc* 1996, **28**
- DAS (Direction des affaires sociales). 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 16 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
- DIFRANZA JR, LIBRETT JJ. State and federal revenues from tobacco consumed by minors. *Am J Public Health* 1999, **89** : 1106-1108
- DISHION TJ, MCCORD J., POULIN F. When interventions harm. Peer groups and problem behavior. *Am Psychol* 1999, **54** : 755-764
- DORSCH NG. Being real and being realistic : chemical abuse prevention, teen counselors, and an ethic of care. *J Drug Educ* 1997, **27** : 335-348
- 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
- FARKAS AJ, DISTEFAN JM, CHOI WS, GILPIN EA, PIERCE JP. Does parental smoking cessation discourage adolescent smoking ? *Prev Med* 1999, **28** : 213-218
- 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
- HEYMAN RB, ADGER H JR. Office approach to drug abuse prevention. *Pediatr Clin North Am* 1997, **44** : 1447-1455
- HU TW, LIN Z, KEELER TE. Teenage smoking, attempts to quit, and school performance. *Am J Public Health* 1998, **88** : 940-943
- 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
- KAPLAN MS, WEILER RE. Social patterns of smoking behavior : trends and practice implications. *Health Soc Work* 1997, **22** : 47-52
- KILLEN JD, ROBINSON TN, HAYDEL KF, HAYWARD C, WILSON DM, HAMMER LD, LITT IF, TAYLOR CB. Prospective study of risk factors for the initiation of cigarette smoking. *J Consult Clin Psychol* 1997, **65** : 1011-1016
- KLEIN JD. Incorporating effective smoking prevention and cessation counseling into practice. *Pediatr Ann* 1995, **24** : 646-652
- LAMKIN LP, HOUSTON TP. Nicotine dependency and adolescents : preventing and treating. *Prim Care* 1998, **25** : 123-135
- LEWIT EM, HYLAND A, KERREBROCK N, CUMMINGS KM. Price, public policy, and smoking in young people. *Tob Control* 1997, **6** : S17-S24
- LISNOV L, HARDING CG, SAFER LA, KAVANAGH J. Adolescents' perceptions of substance abuse prevention strategies. *Adolescence* 1998, **33** : 301-311
- 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
- MACNEIL G, KAUFMAN AV, DRESSLER WW, LECROY CW. Psychosocial moderators of substance use among middle school-aged adolescents. *J Drug Educ* 1999, **29** : 25-39
- MANSKE SR, BROWN KS, CAMERON AJ. School-based smoking control : a research agenda. *Cancer Prev Control* 1997, **1** : 196-212

MCCLANAHAN KK, MCLAUGHLIN RJ, LOOS VE, HOLCOMB JD, GIBBINS AD, SMITH QW. Training school counselors in substance abuse risk reduction techniques for use with children and adolescents. *J Drug Educ* 1998, 28 : 39-51

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 25 février 1993 et Circulaire n° 93-137 du 25 février 93. *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*. Michaud PA, Alvin P, Deschamps JP, Frappier JY, Marcelli D, Tursz A. Payot, Doin, Université de Montréal, éd. Lausanne, Paris et Montréal, 1997 : 387-395

NORLAND S, EICHAR D, DICHIARA A. Curricula, competition and conventional bonds : the educational role in drug control. *J Drug Educ* 1996, 26 : 231-242

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

NUTBEAM D. Exposing the myth. What schools can and cannot do to prevent tobacco use by young people. *Promot Educ* 1995, 2 : 11-14

PALMER RF, GRAHAM JW, WHITE EL, HANSEN WB. Applying multilevel analytic strategies in adolescent substance use prevention research. *Prev Med* 1998, 27 : 328-336

PARQUET PJ. *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*. Rapport du Professeur Parquet, 1997. Editions CFES, Paris, 1998 : 107 p

PATTON GC, CARLIN JB, COFFEY C, WOLFE R, HIBBERT M, BOWES G. Depression, anxiety, and smoking initiation : a prospective study over 3 years. *Am J Public Health* 1998, 88 : 1518-1522

PATTON GC, HIBBERT M, ROSIER MJ, CARLIN JB, CAUST J, BOWES G. Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers ? *Am J Public Health* 1996, 86 : 225-230

PAYNE EPPS R, MANLEY MW, GLYNN TJ. Tobacco use among adolescents. Strategies for prevention. *Pediatr Clin North Am* 1995, 42 : 389-402

PEREZ-STABLE EJ, FUENTES-AFFLICK E. Role of clinicians in cigarette smoking prevention. *West J Med* 1998, 169 : 23-29

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

PORCELLATO L, DUGDILL L, SPRINGETT J, SANDERSON FH. Primary school childrens' perceptions of smoking : implications for health education. *Health Educ Res* 1999, 14 : 71-83

- RECOURS A. Politique de santé et fiscalité du tabac. Mission parlementaire sur la fiscalité du tabac, rapport au Premier Ministre, 1999 : 53 p
- REID DJ, MCNEILL AD, GLYNN TJ. Reducing prevalence of smoking in youth in Western countries : an international review. *Tob Control* 1995, 4 : 266-277
- RESNICOW K, BOTVIN G. School-based substance use prevention programs : why do effects decay ? *Prev Med* 1993, 22 : 484-490
- RESNICOW K, SMITH M, HARRISON L, DRUCKER E. Correlates of occasional cigarette and marijuana use : are teens harm reducing ? *Addict Behav* 1999, 24 : 251-266
- ROMANO JL. School personnel training for the prevention of tobacco, alcohol, and other drug use : issues and outcomes. *J Drug Educ* 1997, 27 : 245-258
- ROQUES B. *La dangerosité des drogues*. Éditions Odile Jacob, Paris 1999 : 316 p
- ROSENBAUM M. « Just say know » to teenagers and marijuana. *J Psychoactive Drugs* 1998, 30 : 197-203
- ROSS JG, EINHAUS KE, HOHENEMSER LK, GREENE BZ, KANN L, GOLD RS. School health policies prohibiting tobacco use, alcohol and other drug use, and violence. *J Sch Health* 1995, 65 : 333-338
- SARGENT JD, MOTT LA, STEVENS M. Predictors of smoking cessation in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998, 152 : 388-393
- SCHIEER 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
- SMITH C, NUTBEAM D, MOORE L, ROBERTS C, CATFORD J. Current changes in smoking attitudes and behaviours among adolescents in Wales, 1986-1992. *J Public Health Med* 1994, 16 : 165-171
- SOCKRIDER MM. The role of the pediatrician in smoking prevention. *Curr Opin Pediatr* 1997, 9 : 225-229
- 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
- STEAD LF, LANCASTER T. Interventions for preventing tobacco sales to minors (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford : Update Software.
- THOMAS RE, THOMAS AP. Preventing children from smoking. How family physicians and pediatricians can help. *Can Fam Physician* 1995, 41 : 1517-1523
- TORABI MR, BAILEY WJ, MAJD-JABBARI M. Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents : evidence of the « gateway drug effect ». *J Sch Health* 1993, 63 : 302-306

VILLALBI JR, BALLESTIN M, NEBOT M, BRUGAL T, DIEZ E. The prevention of substance abuse in schools : a process evaluation of the adoption of a standardised education module. *Promot Educ* 1997, **4** : 15-19

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

WERNER MJ. Principles of brief intervention for adolescent alcohol, tobacco, and other drug use. *Pediatr Clin North Am* 1995, **42** : 335-349

WHITE D, PITTS M. Educating young people about drugs : a systematic review. *Addiction* 1998, **93** : 1475-1487