

La prévention de l'abus de substances psychoactives en milieu scolaire: Des programmes prometteurs et efficaces
Prevention of substance abuse in schools: Promising and effective programs

Reçu le: 12/02/2021 Accepté le:05/03/2021 publication le : 28/03/2021

Fatiha Fodili ¹, Dehbia Djessas²

Université de formation continue , ALGER, Email : anischadouli@gmail.com

Université de Tizi-Ouzou , ALGER, Email : psycho_djessas@hotmail.com

Résumé:

Nous présentons dans cet article, quelques programmes d'éducation sanitaire, qui ont démontrés leurs efficacités sur les longs termes, pour prévenir la consommation de substances psychoactives dans les pays développés. Dans une pratique tournée vers de nouvelles interventions qui tendent vers des stratégies plus intégrées, qui tiennent compte des aspects sociopsychologiques et développementaux, où le travail intégrera l'ensemble des acteurs de l'éducation des enfants et des adolescents, en analysant leurs contenus, les facteurs qui ont fondés leurs efficacités, et les possibilités de leurs applications dans notre société.

Mots clés: Programmes; Éducation sanitaire; Substances psychoactives; Milieu scolaire.

Correspondent author : Fatiha Fodili, *Email:* anischadouli@gmail.com.

Abstract:

In this article, we present some health education programmes, which have demonstrated their long-term effectiveness in preventing the use of psychoactive substances in developed countries. In a practice geared towards new interventions that tend towards more integrated strategies, which take into account socio-psychological and developmental aspects, where the work will integrate all actors in the education of children and adolescents, analyzing their content, the factors that underpin their effectiveness, and the possibilities of their applications in our society.

Keywords: Programs ; ealth Education; Psychoactive Substances; School Environment.

Introduction :

L'école constitue l'un des principaux lieux de prévention et d'éducation sanitaire, pour lutter contre les différents fléaux sociaux, ce qui a incité le développement de stratégies d'intervention dans ce secteur.

En effet l'éducation sanitaire est la pièce maitresse dans la prévention et la réduction de conséquences liées aux comportements à risques, particulièrement en matière d'abus de substances psychoactives, un phénomène répandu chez une catégorie de gens de plus en plus jeunes. Actuellement l'école est devenue l'endroit privilégié pour les stratégies d'interventions centrées sur la manière d'inculquer aux enfants et adolescents de faire face à de multiples situations et pressions extérieures susceptibles d'influencer leurs décisions. Loin de l'éducation sanitaire dite « traditionnelle » qui ne fait plus le poids contre la prolifération de ce comportement, car

souvent axées sur la transmission de connaissances et l'acquisition de savoir, ou sur un discours moralisateur qui engendre la peur, une pratique qui ne répond plus aux exigences du moment. Sont objectif, les modifications de comportement qui présentent un risque pour la santé des individus ou celle de la collectivité. Elle repose sur l'information du public, soit générale, soit ciblée en fonction d'expositions particulières à certains risques (travailleurs) ou de sa capacité d'apprentissage (jeunes, écoliers). L'éducation pour la santé dans sa perspective actuelle vise à renforcer l'autonomie de décision des individus et leur responsabilité. Elle entre dans le cadre de l'apprentissage de la promotion de la santé, et s'applique concrètement par des programmes ciblés.

Problématique

Les substances psychoactives constitue un problème de santé publique dans beaucoup de régions dans le monde où ces phénomènes touchent des catégories de population de plus en plus jeunes. En Algérie, ce phénomène est en croissance et les praticiens ne cessent de signaler des difficultés d'approche de cette problématique dans leur pratique quotidienne. Parmi leurs demandes, figurent en bonne place des attentes dans le domaine de la formation continue concernant le diagnostic, l'orientation, la prise en charge et surtout la prévention de ce phénomène décrit comme une véritable "pathologie" ayant des répercussions multiples dépassant largement le cadre de la santé.

La prévention demeure le moyen le plus efficace pour sauvegarder la santé, qu'elle soit physique ou mentale ou sociale de l'enfant, qu'il ne faut pas faire l'économie de la prévention et qu'il faut mettre les moyens nécessaires.

Faut-il relevé la nécessité de mettre en place des structures de soins en santé infantile tout en plaidant pour une éducation sanitaire

qui recouvre une formation continue des enseignants dans les établissements scolaires à l'importance de la santé des élèves ?.

Ou bien encore est-il nécessaire de crée au niveau des écoles des dispositifs scolaires aménagés consistant à des aides éducative et à un soutien scolaire avec l'élargissement des prérogatives de l'hygiène scolaires en y intégrant des consultations de santé mentale?

Nous essayons d'évaluer cette problématique, en mettant en évidence, les concepts suivant:

L'éducation sanitaire

Education à la santé ou éducation pour la santé, les deux expressions sont en usage, la première essentiellement dans l'Education Nationale, l'autre est privilégiée dans les milieux de santé, de prévention à la santé ou de santé publique.

L'éducation pour la santé recouvre une action de santé publique d'information et de formation de la population sur les risques que font courir à leur santé et à celle de la collectivité certains comportements. Elle consiste donc dans un ensemble de messages et de campagnes d'information soit générales, soit ciblées sur certaines populations, mais avec toujours l'objectif commun de promouvoir la responsabilité de chaque individu sur sa santé et sur celle de la collectivité.

Traditionnellement, l'éducation pour la santé consistait en des interventions éducatives visant à apporter des informations et à inciter les individus à adopter des attitudes et des comportements favorables à leur santé dans un objectif de prévention.

Plus récemment, l'éducation pour la santé s'est ouverte aux aspects sociaux et comportementaux en se fondant sur le concept de promotion de la santé, qui est définie comme le « processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci »(Fayard,2010, p9).

L'éducation pour la santé en est une des stratégies importantes et vise le renforcement des capacités individuelles à agir vis-à-vis de sa santé.

En France, les professionnels de la santé utilisent plutôt l'expression « éducation pour la santé », et ceux du système éducatif « éducation à la santé », par analogie avec l'éducation à la citoyenneté et à l'environnement.

Deux conceptions de l'éducation pour la santé prévalent aujourd'hui. Dans la première, la santé est perçue de manière spécifique : il s'agit du bon fonctionnement de l'organisme humain, dans tous ses aspects, biologique, mental et social. Cette position est celle des sciences de la santé. L'éducation pour la santé y est centrée sur l'apprentissage des compétences et comportements favorables à la santé (Fayard, 2010, p9).

L'objectif central de l'éducation/promotion de la santé étant l'augmentation de la capacité des individus à s'approprier les savoirs et à autogérer leur santé, l'approche ne peut pas être directive mais seulement accompagnatrice du 22 développement: l'individu doit donc participer à la planification même des concepts, modèles, évolution projet qui vise à créer des conditions favorables à l'émergence d'un changement de ses aptitudes et éventuellement de ses comportements.

L'éducation à la santé peut également transmettre des connaissances et cela relève du rôle de l'école. Mais pour Berger il existe « une difficulté majeure : la nature des savoirs, profanes, scientifiques ou probabilistes qui ne sont pas toujours stabilisés » (Cardot, 2011).

Mais même si l'éducation à la santé amène à débattre sur des questions vives socialement, Legardez, & Simonneaux (2011) nous expliquent que cela permet de discuter, d'avoir des désaccords, des incertitudes et des controverses. Mais pour cela il faut « acclimater » au contexte scolaire pour transformer ces « questions sociales vives »

en « objet d'éducation » avec « une centration sur le sujet à éduquer » et « une centration sur le sujet social ».

Mais pour atteindre cet objectif il est nécessaire de développer des compétences particulières chez les élèves car elles peuvent être considérées comme des « facteurs de protection ».

Les compétences psychosociales

En 1993 L'OMS introduit le concept et fait référence, en premier lieu à une compétence psychosociale globale : « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement » (OMS, 1997).

Ces compétences, essentielles et transculturelles, sont étroitement liées à l'estime de soi et aux compétences relationnelles.

Les compétences psychosociales visent à répondre efficacement aux épreuves de la vie. La compétence est donc un processus et un résultat de mobilisation de savoirs.

La promotion de la santé

En mars 2012, l'Institut National de Prévention et d'éducation pour la Santé propose la définition de la promotion de la santé suivante: «*La promotion de la santé est une approche globale, qui vise le changement des comportements mais aussi des environnements relatifs à la santé, via une gamme de stratégies individuelles (modes de vie, habitudes de vie) et environnementales (conditions de vie). Elle utilise pour cela une large gamme de stratégies, dont l'éducation pour la santé, le marketing social et la communication de masse, l'action politique, l'organisation*

communautaire et le développement organisationnel »(Lemonnier, Bottéro & al.,2005).

Elle représente ainsi un processus global qui comprend des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, met également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique de façon à réduire les effets négatifs sur la santé publique et la santé des personnes, en donnant aux individus et aux populations les moyens de prendre en charge leur propre santé, cette conception qui correspond à une vision moderne de la santé publique et de l'éducation pour la santé, qui prend compte à la fois la complexité de la notion de santé, et de la liberté du choix d'agir des individus dans l'adoption des comportements et des modes de vie sains, tout en diminuant les comportements à risques, car ces derniers constituent l'un des facteurs les plus lourds en matière de morbidité et de mortalité précoces.

La promotion de la santé en milieu scolaire prend en compte les différentes dimensions (dimensions physiques, cognitives, sociales et affectives...) et les différents environnements (école, maison ...) dans lequel les élèves évoluent quotidiennement. La promotion de la santé est un « ensemble vaste qui inclut la prévention, l'éducation à la santé, la société et le processus apportant aux individus et aux communautés la capacité d'accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé (Flajolet, 2001).

La prévention

La notion de prévention est, en réalité, une notion liée à l'éducation à la santé. Elle désigne l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective, au sens de favoriser les « facteurs de protection » et réduire « les facteurs risque » en agissant sur les « *mécanismes adaptatifs et préventifs naturels de l'individu, [...] et / ou sur les facteurs extérieurs qui les influencent,*

dans le but de renforcer ou de défendre les processus vitaux de cet individu » (Bury, 1988,p85).

Berger (2011), redéfinit la prévention en milieu scolaire en privilégiant une approche résolument éducative. Pour lui, elle est d'abord populationnelle pour tous. Elle s'inscrit dans une politique scolaire et éducative fondée sur le parcours éducatif de santé prenant en compte les différents déterminants de santé, elle s'intéresse prioritairement à la réussite éducative, à l'égalité fille garçon, au climat scolaire et au développement des compétences psychosociales. Elle est essentiellement portée par les équipes pédagogiques (in Nekaa, 2017,p75).

Le rôle de l'infirmière est de se positionner en tant que conseillère technique. Dans un second temps, la prévention est thématique, elle concerne le milieu scolaire autour de projets construits en partenariat avec le milieu associatif et l'environnement des établissements scolaire, elle s'articule avec l'évolution psychologique des enfants et adolescents et avec leur développement psycho affectif. Le troisième niveau concerne une approche ciblée en lien fort avec le milieu médical et associatif pour les enfants et adolescents en situation de risque. Elle inclut la dimension du soin et de l'accompagnement.

- **Les conduites à risque**

David Le Breton (cité par Bantuelle & Demeulemeester, 2008,p37) précise que « *Les conduites à risque consistent en l'exposition du jeune à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril, et altèrent en profondeur ses possibilités d'intégration sociale* », un certain nombre de ces comportements, tels que les troubles des conduites alimentaires, la sédentarité, les rapports sexuels non protégés, la consommation de substances psychoactives.

● Les substances psychoactives

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une substance psychoactive est « *une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect* »(Czuba.2017). Cette notion couvre l'ensemble des pratiques addictives impliquant un produit, sans différencier son statut légal. Les effets des substances psychoactives varient en fonction du produit consommé et du type de consommation. Ils peuvent entraîner, en cas de consommation régulière, des conséquences négatives sur la vie quotidienne, les relations sociales et la santé.

Le terme « *psychoactif* » n'implique pas forcément une dépendance. Ainsi sont distingués l'usage simple qui n'entraîne ni complication ni dommage, l'usage nocif (ou abus) qui est caractérisé par une consommation susceptible d'induire, outre les effets néfastes sur la santé, des dommages sociaux ou psychoaffectifs et la dépendance qui est une perte de la maîtrise de la consommation. En France, le tabac, l'alcool et le cannabis sont les substances psychoactives les plus consommées (Morel, Brisacier, Brissot & al., 2019).

Une substance psychoactive englobe la consommation de tabac, d'alcool ou de médicaments psychotropes mais aussi de la consommation de cannabis, d'amphétamines, ou d'autres hallucinogènes, constituent des enjeux de santé publique à court et plus long terme puisqu'ils peuvent à la fois avoir des répercussions immédiates sur la santé des jeunes (suicides, infections, accidents...) mais aussi entraîner une mauvaise santé à l'âge adulte.

Les substances psychoactives, favorisent l'entrée dans les usages problématiques et la dépendance notamment lors de l'expérimentation précoce, ce comportement est largement répandu chez les jeunes, et particulièrement dans notre société, en prenant dangereusement de l'ampleur, comme le démontre, en 2010, une étude

de l'Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie(Le Soir d'Algérie, 12 octobre 2016), qui faisait état d'environ 300 000 Algériens de 12 à 35 ans qui consomment des substances illicites, une seconde étude menée en 2016 par le centre national d'étude et d'analyse pour la population et le développement sous forme d'un questionnaire comportant 119 items, qui révèle que l'école Algérienne n'est pas à l'abris de ce phénomène, où le cannabis est le plus consommé avec un taux de 3,61% chez les élèves âgés entre 15 et 17 ans, suivi des psychotropes avec 2,28%, une consommation qui concerne tout autant les garçons que les filles, face à un tel constat, l'Algérie est appelée à revoir sa politique dans le domaine de la prévention, dont un renouvellement s'impose afin de réduire la propagation de ce comportement qui est devenu un enjeu capital pour la santé publique.

En premier lieu, dans le champs de la prévention, il s'agit avant tout de prévenir l'entrée dans la consommation de produits psychoactifs, mais aussi de favoriser sa diminution, voir sa disparition, et les campagnes de prévention classiques proposaient autrefois des interventions éducatives visant à apporter des informations et inciter les individus à adopter des attitudes et des comportements favorables à leur santé, dans un objectif de prévention, seulement ces méthodes basées sur la transmission des informations, axées sur la peur et la persuasion n'ont pas d'effet sur le changement des comportements, en conséquent le faible résultats de ces programmes de prévention rendent nécessaire le développement de nouvelles stratégies éducatives(Berard, Bouvier-Muller, Gerin & al., 2016, p.8).

Quelques programmes de prévention de l'usage des substances psychoactives

Actuellement, l'éducation pour la santé est considérée comme un processus créant avec les personnes et les groupes les conditions du développement de leurs capacités, valorisant leur autonomie et leur

responsabilité, dans un but de promotion de la santé, de visions souvent parallèles ou opposées, émerge un mouvement en faveur d'une intégration de connaissances provenant de multiples domaines, en cherchant ainsi à intégrer la théorie du développement aux modèles issus de la santé publique, de l'épidémiologie, de la sociologie et de la psychopathologie du développement, pour la conceptualisation et l'implantation des interventions préventives(Bantuelle & Demeulemeester,2008,p37).

Le rapport de l'INSERM révèle que les programmes considérés comme efficaces sont majoritairement ceux fondés sur le développement des compétences psychosociales des adolescents, et qui semblent constituer un axe central des programmes ayant fait preuve d'efficacité dans le domaine de la prévention de l'usage des substances psychoactives chez les jeunes (Beck, Dervaux, Du Roscoät & al., 2014).

Les travaux de Lamboy(2015) démontrent que les compétences psychosociales des enfants et des parents sont des déterminants clés de la santé et du bien-être, sur lesquelles il est possible d'agir, le renforcement de ces compétences contribuent à diminuer les comportements défavorables à la santé, tels que la prise de substances psychoactives, les comportements violents et antisociaux et les comportements sexuels à risques, eux même considérés comme déterminants de problèmes de santé, et permettent également l'établissement de relations positives entre parents et enfants.

Parmi ces programmes novateurs dans le développement des compétences psychosociales, nous allons nous intéresser à trois d'entre eux qui ont démontrés leur efficacité dans le domaine de la prévention des conduites à risques et en particulier dans la prise de substances psychoactives:

1. Life Skills Training: développé par Gilbert Botvin, professeur de santé publique aux États- Unis, il s'agit d'un programme de

prévention des consommations de cannabis, de tabac et d'alcool, qui se déroule dans le milieu scolaire, ce programme est centré sur les jeunes et vise à développer leurs compétences sociales, à travers l'affirmation de soi, la résolution de conflits, la communication, également développer leurs compétences pour résister à la pression sociale, leurs capacités émotionnelles et cognitives (image de soi, gestion de l'anxiété et de la colère, prise de décision) et leurs connaissances des produits psychoactifs, en prenant compte des aspects développementaux, car il existe un programme spécifique pour l'école primaire (8-11 ans) et un autre pour le collège (11-14 ans), un autre a également été élaboré à l'attention des parents (Botvin, Eng & Williams, 1980).

Chacun des programmes est composé de trente sessions, dont 15 sessions la première année, 10 la deuxième, et 5 la dernière année. Chaque session, d'une durée approximative de quarante cinq minutes, porte sur un thème spécifique (exemple : la capacité à résister à la pression des pairs) et s'appuie sur des lectures, des discussions, des exercices pratiques et du tutorat, les sessions sont accompagnées par des exercices à faire à la maison, elles sont animées par les enseignants eux-mêmes ou par des intervenants extérieurs ayant été formés au programme, des manuels, un pour l'enseignant et un pour l'élève, servent de support à la formation.

Ce programme a été développé et évalué depuis une vingtaine d'années, dont une quinzaine d'études évaluatives ont pu démontrer son efficacité sur la réduction de la consommation de substances psychoactives, à court et à long terme, le taux de consommation de cannabis, d'alcool et de tabac serait de 59 % à 75 % plus faible, dans le groupe ayant bénéficié du programme comparativement à un groupe contrôle. Cette réduction se maintiendrait à environ 45 %, six ans après (Bantuelle & Demeulemeester, 2008, p69).

2. Montréal Prévention experiment: développé à Montréal et évalué par Richard. E. Tremblay et son équipe, cette initiative vise à réduire les comportements agressifs chez les enfants âgés de 7 à 9ans présentant déjà des troubles de comportements, ce programme a aussi démontré son efficacité en matière de prévention d'abus des substances psychoactives.

Centré sur les enfants et les parents, l'intervention réalisée auprès des enfants cherche à favoriser le développement des compétences sociales, cognitives et émotionnelles comme l'autorégulation, le comportement pro-social, etc. grâce à des techniques de jeux de rôle, de tutorat et de travail avec les pairs.

Cette intervention se déroule au sein du milieu scolaire sur deux années, l'autre partie du programme implique les parents, par une formation aux renforcements positifs, aux résolutions de problèmes et aux méthodes éducatives non basées sur la punition est proposée au cours d'une trentaine de sessions réalisées aussi sur deux années. Un important protocole d'évaluation a été associé à ce programme de prévention, avec en particulier des mesures de suivi à quatre - cinq ans, il a ainsi pu être démontré que les enfants ayant bénéficié de cette intervention présentaient, à l'âge de la préadolescence, moins de comportements agressifs et délinquants et moins de consommations abusives d'alcool et de substances illicites(Bantuelle & Demeulemeester,2008,p70).

3. Les Amis de Zippy (Zippy's Friends): est un programme de promotion de la santé mentale, qui vise à promouvoir le bien-être émotionnel des enfants âgés de cinq à huit ans en augmentant leur répertoire de capacités d'adaptation et en stimulant des façons variées et flexibles de faire face aux problèmes de la vie quotidienne. Le programme est basé sur un ensemble de six histoires illustrées sur un groupe d'enfants, leurs familles, amis et un insecte bâton imaginaire appelé Zippy. Composé de six modules, le programme aborde les

thèmes suivants: sentiments, communication, établissement et rupture des relations, résolution des conflits, gestion du changement et de la perte, et capacités générales d'adaptation. Structuré en sessions, le programme est soutenu par un manuel d'enseignant et un ensemble attrayant de matériel pédagogique, qui sont conçus pour engager activement les enfants dans une gamme d'activités centrées sur l'enfant.

Le programme comporte 24 séances de quarante-cinq minutes par semaine réparties sur une année scolaire, des histoires les montrent confrontés aux problèmes et défis habituels des jeunes enfants tels que vivre des émotions positives et négatives, communiquer, nouer et mettre fin à des relations, résoudre des conflits, composer avec la perte et le changement. Chaque séance comporte une lecture de l'histoire par l'animateur, suivie par des activités telles que dessiner, discuter et jouer, le but de ces activités est d'aider les enfants dans l'exploration et la compréhension de leurs sentiments et de leurs comportements, ce programme ne dit pas aux enfants ce qu'il faut faire, quelle est la solution bonne ou mauvaise mais les encourage plutôt à faire leur propre exploration et à penser par eux même, il enseigne surtout aux enfants comment s'ajuster aux difficultés quotidiennes, à identifier leurs sentiments, à en parler et à explorer différentes manières de composer avec eux.

En 2006, Brian Mishara et Mette Ystagaard (cités par l'INPES, 2008) ont publié les résultats d'une étude d'évaluation réalisée au Danemark et en Lituanie, les auteurs concluent que le programme a des effets bénéfiques à court et moyen termes, en effet, comparativement aux groupes témoins, les enfants montraient une amélioration significative de leurs compétences d'adaptation, de leurs compétences sociales et une diminution des comportements problématiques et à risques. L'évaluation de la première année d'implantation des Amis de Zippy au Québec a montré des effets tout aussi positifs.

Les critères d'efficacité des programmes de prévention des addictions sont désormais identifiés, et rappelés dans l'expertise de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Beck, Dervaux, Du Roscoät & al, 2014). Ils sont majoritairement fondés sur un développement des compétences psychosociales des enfants, des adolescents et des parents, et sur des stratégies à composantes multiples.

Les problèmes auxquels se heurte l'évaluation de programmes de prévention en milieu scolaire concernent principalement l'attribution des élèves au projet, le manque de motivation à participer, les participants qui quittent le programme, et les interactions parmi les participants. Dans le cas des programmes de prévention de l'usage de drogues, le problème principal réside dans le fait que les élèves pouvant tirer le plus grand profit de ces interventions ne sont pas admis au programme ou décrochent avant la fin de l'intervention.

Discussion

Tous ces programmes qualifiés d'efficaces partagent des caractéristiques communes, d'abord, la planification et l'évaluation qui sont deux processus indispensables à l'élaboration et à la mise en œuvre des interventions d'éducation pour la santé et de promotion de la santé, la planification d'un programme s'organise autour de l'identification des problèmes de santé de la population et leur hiérarchisation en attribuant un ordre de priorité pour les traiter; vient en suite la conception et la réalisation d'interventions, à partir de méthodes d'intervention basées sur une ou plusieurs théories de référence. Il est aussi nécessaire que le contenu de l'intervention soit largement détaillé dans un manuel et que les actions réalisées soient en adéquation avec ce dernier. Une évaluation du processus d'implantation, ou contrôle de qualité, est toujours associée à la mise en place de l'intervention. En plus d'être bien ancrée théoriquement et

d'être bien définie méthodologiquement, l'intervention doit avoir fait preuve de son efficacité.

Enfin l'évaluation de l'impact des programmes sur la santé de la population, implique la mise en œuvre d'une évaluation de résultats à l'aide d'un protocole de recherche rigoureux (Lemonnier, Bottéro & Vincent, 2005).

Ces pratiques privilégient les méthodes interactives et expérientielles, comme les jeux de rôle, la mises en situation, le travail pratique sur les ressentis et les émotions, etc. et qui agissent simultanément à plusieurs niveaux, en milieu scolaire et au sein des familles, en faisant intervenir plusieurs acteurs comme les enseignants, les parents, les tuteurs, les interventions sont déployées de façon intensive et continue dans le temps, de une à deux années, elles visent à développer les compétences psychologiques et sociales des enfants et des adolescents en fonction de leur développement, car tous ces programmes tiennent compte des théories de développement.

En effet ces interventions proposent des contenus adaptés à l'âge et au stades de développement du jeune, s'il y un objectif que ces programmes partagent c'est bien la favorisation de l'engagement actif, afin d'amener les jeunes à faire des choix, prendre des responsabilités, développer leur sens de l'initiative, en favorisant le développement de compétences personnelles et sociales comme l'adaptation au changement, communiquer efficacement, gérer le stress, et résoudre efficacement les problèmes (Peterson, 2014, p14).

Il est reconnu à ces programmes d'autres atouts, comme la valorisation par d'autres compétences que celles développés dans le cadre strict de l'école, et par l'autonomie que les programmes permettent de développer dans la gestion des conflits, ainsi les différents programmes montrent unanimement une amélioration du climat scolaire au sein des établissements.

Assurément, l'école est le lieu d'ancrage privilégié de ces interventions, considérée comme le deuxième milieu de vie le plus



influent après la famille, elle est reconnue par les instances internationales(OMS, Commission européenne, Conseil de l'Europe) comme exerçant une grande influence sur le développement des aptitudes des enfants et des adolescents (Bantuelle & Demeulemeester,2008,p70), seulement le déroulement de ces programmes dans le milieu scolaire, qui présente bien des bénéfices autre que la préventions sanitaire, en améliorant l'intégration sociale et les compétences individuelles, rend la mise en œuvre des projets fortement dépendant de la volonté d'implication de l'équipe éducative, l'implantation de ces programmes dans les écoles soulève une autre question, celle de l'intervention auprès des jeunes non scolarisés, qui nous semble être mis en second plan, pourtant il s'agit d'une catégorie que l'on considère encore plus vulnérable aux comportements à risques, cette catégorie se constitue de jeunes qui sont en décrochage scolaire, ou exclus de la scolarité, qui n'ont pas de structure d'accueille, comme un centre de formation ou un emplois pour les plus âgés, et la possibilité d'application de ce type de programmes axés sur le développement des compétences psycho sociales, requièrent bien des exigences, en matière de coordination entre les différentes institutions sur qui repose le bon déroulement de ces pratiques, et leur réussite nécessite plus l'implication des parents.

En effets des interventions centrées sur les compétences psychosociales des jeunes sont renforcés lorsqu'elles sont associées à des interventions réalisées auprès des familles, des enseignants et de l'environnement scolaire dont une bonne coordination entre parents est indispensable(Trouve, Vienne, & Marrot, 2003,p.3), mais également l'investissement de l'ensemble des acteurs est primordial à la bonne conduite de ces projets, qu'ils soient des acteurs de terrain des acteurs institutionnels ou politiques (INPES, 2011, p.10), comme il est bien précisé, le facteur temporel demeure un des points garant de réussite, tous ces programmes s'inscrivent dans la durée, leurs interventions se prolongent sur une ou deux années, avec une



régularité dans les séances, ce qui ne revient pas sans conséquence sur le plan économique, auxquels s'additionnent les coups d'implantation et d'évaluation des ces interventions.

Mais Les problèmes auxquels se heurte l'évaluation de programmes de prévention en milieu scolaire concernent principalement l'attribution des élèves au projet, le manque de motivation à participer, les participants qui quittent le programme, et les interactions parmi les participants. Dans le cas des programmes de prévention de l'usage de drogues, le problème principal réside dans le fait que les élèves pouvant tirer le plus grand profit de ces interventions ne sont pas admis au programme ou décrochent avant la fin de l'intervention.

Ainsi les évaluations récentes de ces programmes considérés comme programmes modèles ou comme une bonne pratique ont mis en évidence des éléments clés qui doivent être pris en considération lorsque vient le temps de choisir un programme de prévention dans le domaine de l'abus de drogues:

- Il n'y a pas de consensus à propos des critères permettant d'identifier des programmes modèles.
- Même s'ils sont considérés comme des programmes modèles, ceux-ci ne fonctionnent pas nécessairement dans n'importe quel contexte.
- Les effets obtenus par un programme ne sont pas forcément persistants à long terme.

Conclusion

Pour réduire de façon efficace l'usage de drogues, les programmes de prévention en milieu scolaire doivent être ciblés, tenir compte des résultats de la recherche scientifique, utiliser des méthodes interactives et être centrés sur les jeunes.

En général, les programmes efficaces en milieu scolaire sont administrés par des professionnels, le nombre des participants est limité, les contacts sont intenses, et ils comprennent des sessions de renforcement supplémentaires dans la dernière phase du programme qui s'adressent aux jeunes les plus à risque. Les programmes de prévention prometteurs et efficaces font appel à des partenariats au sein de la communauté, combinent des modes d'intervention ayant déjà fait leurs preuves et utilisent du personnel spécialement formé, engagé, fiable et capable d'avoir des relations sincères et motivantes avec les jeunes.

En définitive, l'éducation sanitaire et la prévention en milieu scolaire induisent une démarche transdisciplinaire, fondée sur un ensemble de valeurs et une approche globale de la personne dans un projet éducatif à l'échelle de la classe, de l'établissement et de la famille.

Comme le démontre les évaluations entreprises des programmes de prévention des conduites à risque, implantés dans les pays développés, ainsi les interventions les plus efficaces reposent sur le développement de compétences sociales, émotionnelles et cognitives, en utilisant des méthodes interactives et s'inscrivent dans la durée.

Les programmes les plus prometteurs prennent en compte l'environnement et les stades de développement de l'enfant et de l'adolescent, agissent simultanément à plusieurs niveaux: famille, école. Reste que ces interventions en promotion de la santé sont complexes, car elles font intervenir des facteurs humains, en interaction entre eux, des facteurs environnementaux où les conditions d'implantation et les contextes sont extrêmement variables, et des facteurs temporels, car les périodes d'intervention sont souvent longues, ce qui est un des critères d'efficacité mais qui a un coût économique conséquent, tous ces facteurs rendent difficile une forme de standardisation et d'importation qui aura du mal à se faire sont un travail qui tiendrait compte de cette complexité.



✚ **Bibliographie :**

1. Bantuelle, M., & Demeulemeester, R (2008.). **Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire.** Saint-Denis: Éd. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).
2. Beck François, Dervaux Alain, Du Roscoät Enguerrand & al (2014). **Conduites addictives chez les adolescents: Usages, prévention et accompagnement.** [Rapport de recherche] Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Paris: Inserm: Editions EDP Sciences. <https://www.hal.inserm.fr/inserm-02102920>.
3. Berard Line, Bouvier-Muller Gaëlle, Gerin Laurence & al. (2016). **Le développement des compétences psychosociales dans les programmes de prévention des addictions auprès des jeunes.** Mémoire Etude des hautes études en santé publique (EHESP)-Module interprofessionnel de santé publique.
4. Botvin, Gilbert J., Eng Anna, & Williams Christine, L(1980). « Preventing the onset of cigarette smoking through life skills training » *Preventive Medicine*9 (1), p135-43. doi:10.1016/0091-7435(80)90064-X
5. Bury,JA.(1988). **Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications.** Bruxelles: De Boeck .
6. Cardot Jean-Pierre.(2011). **Formateurs d'enseignants et éducation à la santé: analyse des représentations et identité professionnelle.** Thèse de doctorat en éducation. Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00751865/document>
7. Colloque scientifique(2011). **Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention? Impact d'une campagne médiatique de lutte antitabac humoristique anglaise: les enjeux liés aux essais contrôlés** n9 décembre 2011 Palais des Congrès, Paris, Dominic McVey : INPES.

8. Czuba Celine (2017). **Consommations de substances psychoactives : à la confluence entre les droits à la santé et à la vie privée au travail.** Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Droit. Université du Droit et de la Santé - Lille II, 2017. p. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01971580/document>.
9. Fayard Grelier Erika (2010). **L'éducation à la santé dans les colleges Français : pratiques et représentations des professeurs,** Master 1 à distance, UFR des Sciences de l'Homme et de la Société. Département des Sciences de l'Éducation.
10. Flajolet. André.(2001). **Annex 1:** La prevention: définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales.<http://rapport-flajolet-annexe-1-solidarites-sante.gouv.fr//IMG/pdf/ annexes.pdf>.
11. Lamboy, B (2015).« **Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes** ». *La santé en action*, n° 431, p10-40.
12. Le Soir d'Algérie, 12 octobre(2016) « **Le cannabis et l'ecstasy sont les drogues les plus consommées par les jeunes adolescents** », enquête nationale en milieu scolaire, disponible à <http://algeria-watch.org/?p=12984>, 14 OCTOBRE ,2016.
13. Legardez, A. & Simonneaux, L (2011). **Développement durable et autres questions d'actualités, Questions socialement vives dans l'enseignement et la formation,** Dijon: Educagri.
14. Lemonnier Fabienne,Bottéro Julie,Vincent Isabelle & al,(2005).**Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité : référentiel de bonnes pratiques,** Saint-Denis :Éd.INPES.
15. Morel d'Arleux Julien, Brisacier Anne-Claire, Brissot Alex & al (2019). **Drogues et addictions, données essentielles,** Saint-Denis: OFDT. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DADE2019.pdf>.

16. Nekaa Mabrouk(2017).**Les infirmières de l'éducation nationale en France : éducation et promotion de la santé en milieu scolaire**, pratiques et représentations. Thèse de doctorat de L'Université de Lyon. Education. Université de Lyon1. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01768261/document>.

17. Peterson,R.(2014).**Meilleures pratiques de prévention des toxicomanies en milieu scolaire**. Document préparé pour le Comité régional École en santé et les organismes communautaires spécialisés en toxicomanies. Service de prévention et promotion. Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Québec.

18. Trouve, C.,Vienne, P. & Marrot, B(2003). **En direction des enfants et des adolescents**. Résumé du rapport n° 024, présenté par les membres de l'Inspection générale des affaires sociales. France.

19.. World Health Organization .(1997). Life skills education in schools. Geneva: WHO.

