

Éducation à la santé et prévention des dépendances en milieu scolaire

Nelly Leselbaum*

Quel est le rôle de l'école face aux évolutions considérables que connaît la santé des jeunes ?

La question des dépendances et de l'usage de drogues ou d'autres substances met en valeur l'importance de réfléchir aux objectifs de la prévention en milieu scolaire.

L'école peut elle rester à l'écart de ces évolutions ou doit elle s'ouvrir sur l'extérieur pour protéger et accompagner les individus ? Comment doit elle travailler en complémentarité avec les autres intervenants, police, collectivités locales, professionnels de la santé et bien sur avec les familles ?

Cet article dresse un tableau qui illustre les difficultés de développer une prévention efficace et constante. Il présente l'évolution des politiques publiques depuis 25 ans, qui n'a pas été sans contradictions, celle des dispositifs de prévention (CESC) et des textes réglementaires.

Enfin, le bilan d'une expérience locale menée dans les Alpes-Maritimes montre la réalité de la prévention sur le terrain.

*Maître de conférence
Université Paris X Nanterre
(en retraite)
actuellement Directrice
du Département Santé
de l'Agence Signifier Paris.fr
2 sq. Théophile Gauthier 75016 Paris

Les questions posées

L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ dans sa visée préventive trouve sa première justification dans le prolongement de l'âge moyen de mortalité des citoyens des pays industrialisés et sa prise en compte dans la médecine actuelle. Cette optique est actuellement prégnante dans le débat social et médiatique sur la santé publique. Il n'y a plus de doute, pour chaque citoyen, que son mode de vie, eu égard aux différentes composantes physiologiques et psychologiques (alimentation, sommeil, sport, stress, consommation de produits toxiques), intervient pour une part comme facteur lié à des décès considérés comme prématurés et évitables ou engendre des maladies graves comme les cancers, maladies cardio-vasculaires, diabètes, etc.

Il s'agit donc d'informer chaque citoyen des prises de risque pour qu'il en tienne compte dans ses habitudes et qu'il adopte une hygiène de vie adéquate au prolongement de sa vie.

Ce dossier traitera de l'éducation à la santé dans le milieu scolaire et plus particulièrement de la prévention des dépendances dues aux consommations de produits toxiques licites ou illicites chez les jeunes.

Il est maintenant reconnu par la société civile que les jeunes n'échappent pas à la consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites comme le cannabis dont l'usage s'est banalisé au point de toucher une proportion non négligeable des collégiens et lycéens.

En 1997, dans la Revue Toxibase¹, nous avons traité du thème de l'éducation à la santé en milieu scolaire, en privilégiant une étude comparative entre les différentes approches de la politique en France et dans quelques pays européens (Suisse, Belgique, communauté flamande et germanophone, Pays-Bas, etc.).

Nous concluons que l'évaluation des différents programmes dans lesquels s'inséraient ces approches restait la parente pauvre...

Concernant en particulier l'évaluation des programmes de prévention de consommation des produits toxiques et qui visent des changements durables dans leurs comportements et attitudes de prise de risque, nous soulignons (p. 15) qu'il était vain de prétendre changer les comportements uniquement par la diffusion de campagnes médiatiques car celles-ci n'avaient pas vocation à changer des comportements mais plutôt les opinions et les représentations collectives...

À l'inverse, nous préconisons des actions de proximité produites et réalisées dans des approches communautaires qui, certes, requièrent du temps, mais qui s'inscrivent plus durablement dans les mentalités et les comportements des individus.

Les interventions de prévention conduites par *les lycéens-relais* qui commençaient alors à se développer dans le cadre des structures scolaires nous paraissaient peu convaincantes. Selon nos observations, les *jeunes-relais* s'érigeaient facilement *en juges* voulant exercer sur leurs camarades (souvent par naïveté) un contrôle social, ils parvenaient à des résultats inverses aux résultats attendus.

Cinq ans après, qu'en est-il des avancées de cette politique de prévention en milieu scolaire et en matière de consommation de substances psychoactives ?

▪ Quel sens peut-on attribuer à des notions comme *éducation ou promotion de la santé, drogues licites ou illicites, prises de risques, usage excessif ou abusif, occasionnel ou répétitif... des produits toxiques* ?

▪ Par quelles évolutions est passée la politique de prévention en milieu scolaire avec les nouveaux textes et règlements officiels et avec la mise en place du plan triennal 1999-2001 de la MILDT sur les drogues et les dépendances ?

¹ Leselbaum N. - L'éducation à la santé en milieu scolaire, quelles approches des conduites addictives ? Revue documentaire Toxibase, 1, 1er trimestre 1997, 1-21

Nous retracerons l'évolution des cinquante dernières années qui a abouti à décentraliser les structures de prévention dans les académies et a préconisé, au sein des établissements scolaires, la création des clubs-santé, des comités d'environnement social, des comités d'éducation à la santé... dans une vision plus globale et plus transversale en partenariat avec les intervenants locaux extérieurs à l'éducation nationale (police, justice, jeunesse, santé...).

- Qu'en est-il des avancées et des recommandations issues des rapports (Sullerot, Henrion, Parquet, Roques, Reynaud) commandités sur cette période pour éclairer la politique publique ?

- À défaut de mener une évaluation de cette politique de prévention des toxicomanies en milieu scolaire, nous ferons un état des lieux sur les avancées de la politique préconisée au sein de l'éducation nationale ; en reprenant les principales observations, conclusions, propositions de notre dernière étude menée dans le

cadre des recherches du laboratoire de l'Université de Paris-X Nanterre qui vient d'être publiée par le CRDP du Languedoc-Roussillon².

- Quelle action-intervention de proximité pouvons-nous décrire qui, à nos yeux, suit des approches plus originales que des approches classiques et se réfère à des options de santé communautaire, que nous préconisons ? Nous décrirons l'expérience de la Mutualité Française des Alpes-Maritimes.

- Enfin nous présentons quatre propositions qui rendent compatibles, selon nous, la mission d'éducation et d'enseignement, avec l'objectif de prévention dans le milieu scolaire.

² La Prévention des toxicomanies en milieu scolaire : éléments pour une évaluation. Cette étude a touché 545 établissements dans cinq académies de France. On pourra s'y reporter pour plus de détails. Éd. CRDP, Allée de la Citadelle, 34604 Montpellier Cedex 02 - tél. 04 67 00 04 50

jours à **un sujet humain**, c'est-à-dire à un être singulier qui veut rester libre de ses choix "seul le sujet peut donner un sens et une signification à des informations probabilistes que lui propose la science", et dans le même temps, à un sujet confronté à des organisations qui réglementent les conditions favorables à la sauvegarde de sa santé.

La promotion de la santé, concept plus dynamique que l'éducation à la santé, se trouve confrontée à trois tensions :

- celle entre la priorité de la prise en compte du **vivant** plutôt qu'à celle de **l'existant** ;

- celle entre les volontés du politique et l'accompagnement par les acteurs de terrain - pour que les personnes puissent vivre une vie possible pour elles ;

- et celle qui s'inscrit entre l'autonomie des personnes et les facilités de la propagande. (Lecorps P.).

C'est dans cette réduction des tensions que nous avons inscrit la justification des missions de l'Institution scolaire et la signification de tous nos travaux et études sur la prévention dans le milieu scolaire.

Le point sur les notions de santé, d'éducation pour la santé, de dépendance aux drogues

La notion de santé

Longtemps synonyme de *l'absence de maladie* ou de *bien être*, la santé est actuellement comprise comme un processus dynamique. Elle est objet d'aspiration de chaque citoyen conscient désormais que son bien être dépend de facteurs variés : environnement, modes de vie, milieu social et culturel, carte *génétique*.

Elle nécessite une vigilance des pouvoirs publics afin que les environnements ne soient pas nuisibles à chaque citoyen, un renouvellement des pratiques et des missions des institutions éducatives et soignantes et des changements profonds de leur mode d'organisation. Car cette notion n'évoque pas seulement l'hygiène de vie mais plutôt un comportement d'épanouissement dans le processus de réalisation de chaque individu.

La santé comme notion n'a pas en soi un sens univoque et généraliste. Elle est la capacité d'un sujet humain singulier à vivre une vie possible pour lui. La santé est ainsi pour chacun, un mode de présence-au-monde : joie et performance tout autant que confrontation à la douleur et à la souffrance. Elle est aussi l'expérience de la limite, du vieillissement, de la dépendance et du glissement vers la mort. (Ph. Lecorps, 1998).

Pour la grande majorité de la population, les modes de vie dommageables à la santé ne sont pas adoptés en tant que choix

personnels mais largement composés par les circonstances sociales et économiques de leur naissance (rapport au Conseil économique et social sur l'éducation à la santé, E. Lévy, 1982). Actuellement s'ajoutent à ces éléments, des facteurs environnementaux liés à des orientations et des décisions politiques.

La notion d'éducation et de promotion de la santé

Champ et pratique, au confluent de plusieurs disciplines (médecine, épidémiologie, pédagogie, sociologie, psychologie, communication) l'éducation pour la santé est étroitement liée au contexte général de la société et à la politique de santé, tant au plan de sa philosophie de base et de ses concepts, que de son organisation et de ses outils. (Bernadette Roussille, dans La santé de l'homme, n° 367).

On doit noter que, par la loi du 4 mars 2002 qui crée l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES, successeur du CFES) pour la première fois en France l'éducation pour la santé est intégrée **dans** le système de santé.

C'est le niveau national... qui a la responsabilité la plus grande sur l'organisation des conditions qui vont permettre à chaque personne de faire des choix favorables à sa santé écrit René Demeule Messter dans La santé de l'homme, n° 362.

Mais l'éducation pour la santé est une notion très complexe. Elle s'adresse tou-

La notion de dépendance à la drogue ?

Les définitions varient en fonction des interlocuteurs, des institutions et des experts, elles continuent à peser sur un débat qui reste ouvert.

- En effet, pour le thérapeute, la drogue fait plutôt référence à la dépendance à l'héroïne, aux substances psychoactives dans leur ensemble, alors que pour les personnels scolaires, ce terme évoque généralement les consommations de cannabis et d'alcool.

- Pour l'OMS il faudrait remplacer le concept de dépendance à la drogue par celui de pharmacodépendance.

Mais l'expression de pharmacodépendance ne suffit pas à rendre compte de l'appétence pour le toxique ni de la quête même de la dépendance chez certains sujets qui vivent *la passion particulière pour les drogues, la toxicomanie*.

Le concept de dépendance humaine est lui-même considéré comme un concept flou : *il recouvre un phénomène complexe où se retrouve une relation particulière à des produits, aux autres, au plaisir, au risque, à la loi* (cf. Postel J. dir., Dictionnaire de psychiatrie et psychopathologie clinique, Larousse, 1993).

- Selon le Professeur P. J. Parquet, il faudrait employer pour plus de précision la notion d'usage et d'usage nocif (ou d'abus) afin de dépasser les approches

Fréquence de l'expérimentation de produits psychoactifs chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge (en %)

	Filles, 17 ans	Garçons, 17 ans	Garçons, 18 ans	Garçons, 19 ans
Alcool ¹	77,3	80,8	79,3	82,7
Tabac	79,4	76,0	78,4	84,0
Cannabis	40,9	50,1	54,9	60,3
Médicaments psychotropes ²	29,0	10,6	12,7	13,6
Champignons hallucinogènes	1,6	4,5	6,9	8,7
Poppers	1,3	3,4	4,8	8,3
Ecstasy	1,4	2,8	4,7	6,7
Produits à inhaler	3,3	4,9	6,6	6,3
LSD	0,8	1,6	2,8	4,8
Amphétamines	0,6	1,4	2,4	3,7
Cocaïne	0,6	1,3	2,7	3,3
Héroïne	0,4	0,9	1,4	1,3

(1) Consommation au cours des trente derniers jours.

(2) Intitulé utilisé dans le questionnaire : « médicaments pour les nerfs, pour dormir ».

Source : ESCAPAD 2000, OFDT

idéologiques et envisager la prévention comme une approche éducative qui favorise la gestion de la consommation de substances toxiques et le renforcement des facteurs de protection et la capacité de l'individu à demander de l'aide. (Pour une politique de prévention en matière de comportements de substances psychoactives 1997).

Le terme *d'abus de substance*, plus large qu'*usage nocif* inclut en outre les conséquences sur la santé, mais aussi les conséquences juridiques et le retentissement sur la vie professionnelle et personnelle des personnes dans une perspective de prise de risques.

■ Pour Chabrol³, il serait préférable chez les adolescents d'adopter le terme *d'intoxication* qui est la forme la plus fréquente des troubles liés aux consommations de drogues : *les intoxications étant la manifestation au diagnostic d'abus de drogue et de toxicomanies*.

■ Pour M. Reynaud⁴, il vaudrait mieux substituer à *usage nocif*, le terme *d'usage à risque* qui se situe en amont et permet de prendre en compte les circonstances des consommations ainsi que les qualités et les modalités (consommations précoces,

recherches d'ivresses régulières, polytoxicomanies, etc.) *pour intervenir précocement, éviter l'usage évolutif des consommations chez les adolescents et tenir compte des aspects psychodynamiques des trajectoires de consommation*.

Ainsi, cette rapide analyse de termes attachés aux dépendances des drogues, nous montre combien ces notions sont floues et complexes.

On peut cependant retenir que dans la dépendance, ce sont surtout les modes de consommation (expérimentation, usage occasionnel, usage fréquent, voire quotidien, qui entraînent des conséquences physiques ou psychologiques) qui sont plus déterminants que les produits eux-mêmes.

En d'autres termes *l'investissement* dans la prise de produits pour les sujets consommateurs définit les phénomènes de dépendance.

³ Les toxicomanies de l'adolescent, Que sais-je ? PUF, 1995.

⁴ Reynaud M., Communication au colloque : Toxicomanies en Europe : nouveaux défis, nouveaux enjeux de santé. MILDT, Paris 23-24 novembre 2000.

dénonçant les produits et les dangers en terme de prises de risque.

Dans une lettre adressée aux recteurs en 1973, le ministre de l'Éducation invite l'école à informer *les jeunes des dangers de la drogue par la diffusion des documents*.

Il incite les chefs d'établissement à se donner les moyens d'agir face aux cas qui pourraient se présenter dans leur établissement ; il leur propose de créer des clubs-santé, animés par des volontaires, où l'élève trouvera *écoute et conseil*. *Prévenir les dépendances, c'est lutter contre les fléaux*.

L'école adresse les consommateurs de substances toxiques, licites ou illicites, à des organismes spécialisés *pour rester en milieu protégé*.

C'est la période d'une éducation sanitaire qui édicte des règlements et confond *information et prévention*. On pense que la simple connaissance de ces règlements devrait entraîner l'adoption de nouvelles conduites et l'abandon des comportements liés à la consommation de produits toxiques. On cherche à agir sur les seuls facteurs individuels et biologiques. On se représente l'individu comme un être rationnel et libre de ses choix qui peuvent entraîner une dépendance.

1977-1990 : La prise en compte des facteurs psychosociaux

Prévenir, c'est travailler en équipe et faire une place au jeune en difficulté et à son contexte.

En 1977, devant l'échec de cette politique, le Ministère de l'Éducation devient attentif à *la détresse des adolescents*. Il crée dans les établissements des *clubs-vie-contre et santé* où les adultes discutent avec les jeunes pour développer leur sens des responsabilités devant les problèmes de la vie. Outre les médecins scolaires, est associée à ces clubs, l'Inspection générale de la vie scolaire représentée par un responsable académique accompagné d'un chef d'établissement

L'information, demeure privilégiée dans la prévention Mais toutes les catégories de personnels doivent y participer activement

Dans les Centres pédagogiques régionaux, des conférences sont organisées pour les futurs enseignants sur la psychologie de l'adolescence ou sur *la crise à la période de l'adolescence*. Les thèmes abordés sont, pour l'essentiel : l'adolescence et les conduites déviantes possibles ; l'usager occasionnel et le toxicomane, leur prise en charge ; l'épidémiologie de la toxicomanie ; la sociologie de l'usage de produits ; la législation française en matière de toxicomanie, etc.

L'année 1983 marque pourtant un tournant de cette politique de prévention qui

L'évolution de la politique de prévention en milieu scolaire au fil des textes officiels

La prévention abordée dans les textes officiels a évolué autour de trois grandes dates : 1973, 1977, 1997.

L'Éducation nationale est passée durant le dernier quart de siècle d'une éducation sanitaire à visée hygiéniste à une promotion de la santé à visée incitative, appelant les jeunes à jouer un rôle actif dans la prévention, au sein d'une démarche collective qui tient compte de l'environnement.

Chacune des trois périodes correspond d'une part à un modèle de pratiques éducatives différent et d'autre part à des avancées scientifiques de plus en plus précises sur les facteurs liés à la dépendance.

1973-1977 : La dénonciation des conduites à risques

Le Ministère de l'Éducation demande *d'informer pour lutter contre les fléaux en*

s'inscrit désormais dans un cadre de décisions gouvernementales **interministérielles**.

On étend les thèmes de formation. On crée la catégorie **d'adultes-relais** qui sont formés à une triple mission : sensibiliser les personnels de l'établissement autres que les professeurs aux difficultés des jeunes ; mener des actions en direction de ces enfants et de ces adolescents en difficulté ; assurer, en accord avec le chef d'établissement des liaisons avec les partenaires locaux (médecins, travailleurs sociaux, magistrats, policiers...).

Au niveau académique, des **médiateurs** choisis parmi les proches collaborateurs du recteur sont chargés d'animer cette politique et de coordonner les actions de terrain plus collectives.

En 1985, on substitue à la notion d'adultes-relais, celle **d'équipe-relais** pour éviter de focaliser sur une ou deux personnes tous les problèmes de drogue et de violence de l'établissement qui commencent à se développer. On favorise aussi l'écoute des adolescents, les initiatives et les responsabilités des jeunes.

On met l'accent sur les facteurs qui renforcent le bien-être et la modération des comportements. On cesse de stigmatiser les **groupes à risques**. On prend en considération les facteurs psychosociaux en relation avec les modes de vie et l'environnement des jeunes en difficulté dans les comportements à risque.

1990-2002 : La promotion de la santé par l'éducation à la citoyenneté

Favoriser la mise en place d'une politique élargie et coordonnée au plan gouvernemental (objectif du plan triennal de la MILDT sur les drogues et les dépendances, 1999-2001)

La politique devient résolument plus volontariste. Chaque année, par circulaire, on incite les établissements scolaires à mener des actions de santé. Des journées sont organisées nationalement (à la journée SIDA les 1er décembre de chaque année, s'ajoute maintenant la journée violence, etc.).

Les dispositifs mis en place continuent de préconiser de conduire le travail de prévention en concertation avec les partenaires (justice, police, santé) : les circulaires annuelles sont cosignées par d'autres ministères concernés, on ajoute au titre du partenariat, les fédérations des parents d'élèves, les organisations syndicales et les partenaires de l'environnement. On cherche à favoriser un partage d'information sur les problèmes à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement scolaire.

Au sein de chaque établissement, on incite la création d'un **Comité d'Environnement Social** (CES) - véritable outil partenarial placé sous la présidence du chef d'établissement. Il doit également comprendre les élèves et des acteurs de la vie sociale (R. Baillon).

Le plan gouvernemental sur la santé des jeunes en milieu éducatif et sur la prévention des conduites à risques présentées par Xavier Darcos, Ministre délégué à l'enseignement scolaire

Ces orientations devront s'intégrer dans la loi d'orientation sur la santé, présentée au printemps 2003 à l'Assemblée Nationale.

À partir d'un constat épidémiologique montrant l'aggravation des conditions de santé des jeunes scolarisés (surpoids et obésité, alcool, tabac, cannabis et autres substances, troubles psychiques, suicide... etc.) le renforcement du rôle de l'école est préconisé à partir d'un ensemble de propositions :

- Un dépistage précoce et un nouveau dossier de santé familial
- Une meilleure prise en compte des troubles psychiques grâce à un **plan-contact**
- L'établissement d'un plan-santé départemental pour un meilleur suivi médical
- Le développement de l'éducation à la santé et à la sexualité
- Sur le tabac : le strict respect de la loi Évin et la création de centres ressources pour l'information et le conseil contre le tabac dans les établissements scolaires. Les infirmières scolaires pourront accompagner les élèves dépendants et délivrer ponctuellement des substituts nicotiques.
- Sur les conduites addictives : la banalisation de la consommation de cannabis sera dénoncée et des actions de prévention seront développées dans le cadre du futur plan gouvernemental quinquennal préparé par la MILDT, les CESC seront renouvelés et renforcés. Des journées interacadémiques seront organisées en 2003-2004 avec les chefs de projets départementaux sur les dépendances pour déboucher en 2004 sur l'organisation **d'assises de la prévention**.
- Un groupe de travail national présidé par le Dr. Philippe Most est chargé de faire un état des lieux de la prise en charge de la santé des jeunes en milieu scolaire et de faire des propositions d'évaluation du dispositif.

Sélection de quelques circulaires

1971-77 : circ. n° 71-1096 du 3/11/71 et n° 73-681 du 27 mars 73 - Aide à la reconnaissance des symptômes liés à la consommation de toxiques, orientation des éventuels usagers vers des centres spécialisés.

1977-82 : circ. n° 77-107 du 17/3/77 Création des clubs santé.

1983 : circ. n° 83-287 du 27/5/83 - Définition d'une politique de prévention en matière de lutte contre les toxicomanies, médiateurs choisis par les recteurs pour mise en place de cette politique.

1985 : circ. n° 85-118 du 26 mars 85 Création des équipes relais.

1989 : circ. n° 89-119 du 18/5/89 - Mise en place dans les établissements d'une politique d'information et de prévention en matière de santé et notamment du SIDA.

1990 : circ. n° 90-028 du 1/2/90 - ZEP et lettre du 22/10/90 - Mise en place des CES (Comité d'Environnement Social)

1991 : circ. du 8/10/91 relative à l'opération Educ. Nat./Justice.

1992-93 : circ. n° 92-360 du 7/12/92 relative à la politique éducative des ZEP, circ. n° 93-137 du 25/2/93 - Développement des CES.

1997 : circ. n° 97/280 du 10 avril 1997 relative à la mise en place de points d'écoute pour les jeunes et/ou les parents.

1998 : circ. n° 98-108 du 9/7/98 relative à la prévention des conduites à risques et création des CESC (Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté), circ. n° 98-140 du 7/7/98 relative à l'éducation à la citoyenneté dans l'enseignement primaire et secondaire.

1999 : BO Hors série n° 9, circ. du 20 septembre 1999, *Repères pour la prévention des conduites à risques*, Vol. 1 et 2, 4 nov. 99, circ. n° 99/153 du 9 mars 1999 relative aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des familles.

Les documents d'accompagnement du Ministère de l'Éducation

MILDT, *Repères pour une formation à la prévention*. Paris, MILDT 2001 (Les documents de la MILDT), 102 p., tabl. Autre source de publication : internet <http://www.drogues.gouv.fr>

Prévention de la toxicomanie et des conduites déviantes, guide pour les personnels des collèges et lycées.

Repères pour la prévention des conduites à risques dans les établissements scolaires.

La circulaire de 1992 insiste sur la nécessité de coordonner les actions du CES avec celle d'autres dispositifs déjà en place (Zone d'éducation prioritaire, Comité départemental et Comité communal de prévention de la délinquance...).

En 1997, pour prévenir ces situations et apporter des réponses à ces jeunes en grande difficulté, on incite à soutenir les parents des jeunes et à rétablir la communication et le dialogue intergénérationnel par des dispositifs variés (points écoute-jeunes, points écoute-parents) qui sont implantés au plus près du terrain.

L'éducation pour la santé est présentée comme une action partenariale, qui prend aussi en charge les jeunes engagés dans un processus de toxicomanie et qui, en voie de marginalisation, ont fui toute forme d'institution. On cherche à améliorer les conditions de vie quotidiennes des jeunes les plus exposés au risque de mal-être.

En 1998, la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) présente ses orientations en matière de prévention dans le cadre du plan triennal 1999-2001, pour éviter le passage de l'usage nocif à l'abus et de l'abus aux dépendances. Les actions locales bénéficient d'incitations et de financements. On n'établit plus de véritable distinction entre les différentes formes de prévention (primaire, secondaire).

Éduquer pour la santé, c'est aider les jeunes les plus démunis à s'insérer socialement en les informant, en les soignant et en insistant sur leur *santé* considérée comme un processus (et non comme un état) de *bien-être*.

La prise de responsabilité des jeunes dans ces actions est envisagée comme un moyen de préserver leur équilibre⁵.

L'éducation à la santé devient explicitement **construction du lien social nécessaire à l'apprentissage de la citoyenneté**. Cette politique s'inspire largement des orientations du rapport de P. J. Parquet.

Les missions des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), créés en 1998 qui succèdent aux CES, reposent plus largement sur des valeurs d'équité, de solidarité, de respect mutuel, de laïcité...

Dans les sites les plus exposés à la violence, le CESC est un *outil de coordination* entre conseils de ZEP, Comités départementaux de prévention à la délinquance, structures de concertation de la politique de la ville, contrats locaux de sécurité, etc.

⁵ Voir à ce propos l'expérience de la Mutualité des Alpes Maritimes p. 9

La circulaire du 20 septembre 1999 *Repères pour la prévention des conduites à risques* rappelle les principes de la politique de prévention, les textes officiels, les références. D'une visée pragmatique, cette circulaire, se veut être un outil **utile** à tous les acteurs et les partenaires (locaux, départementaux et nationaux) ; elle avance des analyses de cas cliniques, des exemples d'actions menées, des réponses à des questions. Le plan triennal gouvernemental (1999-2001) détaille les options adéquates pour développer des réseaux sanitaires et sociaux au sein (ou à proximité) des services de la justice.

Des guides des *bonnes pratiques*, conçus par la MILDT, (cf. collection Drogues Savoir-plus) sont diffusés en très grand nombre auprès de tous les publics et sont en vente libre à un prix modique. La prévention devient un enjeu important de la société civile dans son ensemble à partir du message *Drogues savoir plus, risquer moins*.

Toutes les sciences humaines sont mobilisées pour faire comprendre les ressorts et les mobiles des comportements et conduites des citoyens.

On n'est dans la période d'ignorance de la réalité des conduites à risques, mais plutôt dans la reconstruction de liens sociaux défaillants et la mise en place de dispositifs de protection.

Ainsi dans cette fin de siècle, la conception de l'éducation à la santé est passée de la lutte contre les fléaux (alcoolisme, toxicomanie, risque VIH...) à la mise en place **d'une organisation** à l'éducation à la citoyenneté, s'adressant en particulier aux jeunes les plus démunis et visant à les réinsérer dans le tissu social.

Les représentations et les modèles de prévention ont évolué : d'une politique de soins, on est passé à une prévention plus globale pour parvenir enfin à une promotion de la santé comme processus de vie, en insérant la réflexion et la pratique des facteurs sociaux économiques, les modes de vie et le libre-arbitre des acteurs comme facteurs protecteurs.

Car la France estimant que les politiques de dépenalisation appliquées à certains pays de l'Europe n'ont pas porté leurs fruits, mieux encore, qu'elles ont contribué à augmenter les trafics, la délinquance et le nombre de toxicomanes, la commission statue pour que *l'usage de la drogue reste un délit*.

Le but de l'État est donc de rendre tout citoyen autant que faire ce peut, **abstinent**, dans une logique de *tolérance zéro*.

Pourtant devant l'accroissement des problèmes infectieux posés par les hépatites virales qui se multiplient et du développement de la pandémie du sida, en raison aussi de l'ouverture des frontières de l'Europe et de la nécessité d'harmoniser les politiques, **le débat sur l'usage du cannabis s'amplifie**.

Le rapport du Comité consultatif national d'éthique (1995)

rejette la distinction entre drogues licites et illicites sur laquelle cette répression s'appuie. Il affirme que cette distinction ne correspond ni aux données scientifiques ni aux pratiques. En outre il dénonce l'amalgame irrationnel au cœur de la loi de 1970.

Selon le comité, l'objectif essentiel est de protéger *l'ensemble de la population dépendante contre les risques évitables et de créer les conditions pour que chaque citoyen s'affranchisse de sa dépendance sans être marginalisé ni exclu*.

Les usagers ne devraient être réprimés que si la preuve est faite qu'il y a influence néfaste sur l'entourage, notamment familial.

Le rapport insiste d'autre part sur le fait qu'une politique de santé publique doit prendre en compte l'ensemble des aspects sanitaires et sociaux et *qu'une aide véritable doit être apportée* aux individus sans que celle-ci ne vise une totale abstinence.

La distinction entre usage et abus est supprimée. L'abus est considéré essentiellement sous l'aspect *du tort fait à autrui* - alors que le tort fait à soi-même est plutôt examiné par le Comité comme relevant du soin et de la liberté de l'utilisateur.

Pour la première fois, une distinction entre les différents modes de consommation de substances psychoactives (usage, abus et dépendance) est précisée et l'assouplissement du cadre juridique envisagé **dans une invite à une adaptation progressive et des réexamens périodiques**.

Pourtant cette question de la distinction de drogue licite et illicite ne se trouve pas pour autant réglée et l'exclusion sociale des toxicomanes continue de progresser en France même si à partir de 1994 une politique de réduction des risques se développe.

Un état des lieux sur les différents rapports concernant la prévention des dépendances

Périodiquement, l'État demande à des experts de faire le point sur les progrès des connaissances scientifiques pour appuyer ses recommandations et ses orientations législatives. Chaque rapport commandité développe un point de vue différent concernant le problème de la dépendance aux drogues.

Nous ferons ici le point sur quelques-uns des rapports, les plus importants, pour

situer les avancées du débat actuel, les points de consensus et de divergence.

Le rapport Sullerot (1989) se situe autour de la question de la **dépenalisation**.

Un point essentiel est à retenir en particulier sur le rôle de l'État dans la *guerre contre les drogues* : combattre simultanément l'offre et la demande en sanctionnant les trafiquants et en soignant les usagers simples.

Une autre commission d'experts se réunit sous la présidence du Professeur Henrion (1995)

Résolument pragmatique, la commission développe sa réflexion sur cinq axes : la nécessité d'une véritable politique d'évaluation, la nécessité de privilégier la prévention et de refuser l'exclusion des toxicomanes, de rendre cohérente la réponse publique réglementée à la toxicomanie, enfin d'améliorer la lutte contre le trafic des stupéfiants.

Mais le débat autour de la dépénalisation de l'usage du cannabis divise fortement les membres de cette commission, les partisans et les opposants développant chacun un argumentaire aussi légitime l'un que l'autre.

Cependant, un consensus large se dessine autour du refus unanime du principe d'emprisonnement des usagers de drogue qui se traduira en 1999 par une circulaire recommandant des peines de substitution ou des sanctions administratives pour un usage simple de cannabis.

Le rapport du Professeur Parquet (1997)

plus ciblé sur la *prévention* que sur le *débat de la dépénalisation* du cannabis, bénéficiera des avancées des trois précédentes commissions.

Cinq orientations essentielles caractérisent ce rapport :

- un sens plus global donné au concept de santé et une définition plus précise du mot de drogue remplacé par le concept de substance psychoactive ;
- une diversification des objectifs généraux de la prévention et des objectifs thématiques ;
- une attention particulière portée aux compétences, à la liberté et à la responsabilité de la personne et de l'ensemble de la population ;
- un poids important accordé aux facteurs de protection de chaque individu ;
- enfin, une mission essentielle accordée à l'École dans la prévention et qui se traduit par des circulaires importantes, n° 98-108 BOEN n° 28, 1998, 7 juillet.

Au-delà de la dépendance, le Professeur Parquet recommande d'être attentif à la notion d'abus et d'usage nocif, *autrement dit d'usage qui entraîne des dommages pour la personne dans différents registres.*

Les cadres d'une politique humaniste de réduction des risques dans le milieu scolaire sont précisés et l'Éducation nationale prend alors des mesures importantes pour développer dans les établissements scolaires des structures comme les CESC, le renforcement des volets santé dans le projet d'établissement, d'organisations de journées ou de semaine santé, etc..

Le rapport Roques (1998)

qui traite de la *question du licite et de l'illicite* d'un tout autre point de vue.

S'appuyant sur une analyse de la littérature relative à la toxicité et la dangerosité des drogues illicites, des psychotropes, du tabac et de l'alcool, il classe en trois groupes les substances psychoactives :

- a) substances à forte dangerosité (héroïne, cocaïne et alcool) ;
- b) substances psychostimulantes (hallucinogènes, tabac, benzodiazépines) ;
- c) substances à dangerosité plus faible (cannabis).

Il se place donc à la fois du point de vue des conséquences pharmacologiques sanitaires - et du point de vue social (dangerosité pour autrui) - et conclut que l'alcool, responsable de 40 000 décès en France chaque année, fait partie du groupe de substances à forte dangerosité susceptibles d'induire une dépendance psychique, une dangerosité sociale et une toxicité générale fortes (crises, accidents de conduite, cancers, maladies hépatiques, neurologiques, psychiatriques, etc.).

Bernard Roques affirme donc que la répartition faite par le législateur entre licite et illicite n'a plus lieu d'être *cette répartition a des origines historiques et culturelles mais non scientifiques.*

Dans le cadre d'une analyse simplificatrice, on peut dire que selon lui l'usage des substances psychoactives les plus anciennes, insérées dans la vie culturelle et sociale, est **réglementé** (alcool, tabac, médicaments), alors que les substances d'origine étrangère (cannabis, opium) et /ou récemment arrivées sur le *marché* comme les drogues semi-synthétiques et synthétiques sont **interdites**.

Cette attitude consiste à **accepter** un produit quand les avantages et les inconvénients sont compris, connus, métabolisés par le corps social, et à **refuser** les nouveaux produits dont le corps social ignore tout et se méfie.

Le rapport Reynaud⁶

sur l'usage nocif de substances psychoactives approfondit les travaux du rapport Roques et les orientations du plan triennal 1999-2001 de la MILDT qui a élargi la notion de dépendance à toutes les substances. Il tente en quelque sorte de répondre à la question *trop c'est combien ?*, complétée par *trop c'est quand ?* et *trop c'est comment ?*.

La première partie précise la définition d'usage nocif, par rapport aux notions d'usage simple, de dépendance, d'usage à risque, d'usage précoce, occasionnel, festif... à travers les grandes classifications médicales et psychiatriques en particulier pour le tabac et le

cannabis. La seconde partie dresse un inventaire des tests et méthodes diagnostic disponibles, la troisième partie abordant la prise en charge.

Le rôle du système scolaire est souligné dans quelques uns des objectifs des recommandations finales, en particulier pour :

- favoriser l'intervention des professionnels éducatifs, sociaux et du milieu du travail grâce à des actions adaptées d'éducation à la santé, en augmentant le personnel éducatif et médico-social dans l'éducation nationale et en développant les CESC (objectif 2 du rapport) ;
- développer la formation des professionnels, dont la médecine scolaire, pour le repérage et l'aide précoce (objectif 3) ;
- constituer des réseaux d'aide médico-psychologique pour les adolescents, en particulier pour les jeunes en rupture scolaire : adapter les dispositifs d'aide et de prise en charge (objectif 4).

Deux remarques pour conclure cette analyse des principaux rapports

- Un consensus porte sur :
 - la toxicité variée des substances ;
 - la nécessité d'une prévention pour les citoyens ;
 - l'importance d'éviter l'emprisonnement des usagers mais de punir les trafiquants ;
 - l'importance pour la collectivité générale d'édicter une politique de réduction des risques et d'éviter la marginalisation des sujets les plus vulnérables.
- D'autres points font l'objet de débats plus conflictuels :
 - la responsabilité et les devoirs de l'État (responsabilité collective ou individuelle) sur les effets d'une libéralisation de la loi, des facteurs protecteurs.

Toutes ces questions alimentent actuellement le débat sur la politique de santé publique et de risque sanitaire et sécuritaire.

⁶ Reynaud M. - *Usage nocif de substances psychoactives: identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir.* Rapport au Directeur de la DGS, Paris: La Documentation Française, 2002.

Un état des lieux sur la politique française de prévention des toxicomanies en milieu scolaire

Nous faisons le point sur la mise en œuvre de la politique française de prévention des toxicomanies en milieu scolaire en nous appuyant sur notre étude⁷ que vient de publier le CRDP Languedoc-Roussillon et sur le rapport du député Beauemeler (voir bibliographie).

Rapport CRDP Languedoc-Roussillon : La prévention des toxicomanies en milieu scolaire. Éléments pour une évaluation

La mesure de l'engagement des établissements

Une moyenne de 60% des établissements ont réalisé (ou projeté de réaliser) des interventions sur la prévention des toxicomanies en 1998-1999 ; presque autant dans les lycées que dans les collèges, mais toujours un peu plus dans les établissements situés dans les Zones d'Éducation Prioritaire.

Ce chiffre est à comparer avec les données issues des différents rapports de Ballion : en 1996, 28% seulement des établissements disposaient d'un Comité d'Environnement Social (CES) ; dans le rapport d'expertise sur l'éducation pour la santé des jeunes de l'INSERM en 2001, cette moyenne atteint 70% en comptabilisant toutes les structures de prévention scolaire.

L'instance de prévention la plus courante (5 sur 10) reste le **Projet d'établissement**. Mais il faut noter que les clubs-santé, ainsi que les Comités d'Environnement Social sont des cadres dans lesquels se pratiquent encore les activités de prévention même si le Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté est actuellement le cadre légal de ces activités.

Les établissements qui utilisent toutes ces différentes instances sont ceux qui sont les plus engagés dans la prévention (1 sur 10).

L'analyse de notre enquête a permis de dégager trois points :

- **la prévention est en progression** : le nombre total des établissements engagés dans la prévention est passé de **67%** en 1997-1998 à **73%** en 1998-1999.

⁷ Un questionnaire a été passé auprès d'un échantillon d'établissements privés et publics du second degré. Ce questionnaire écrit comprenait une cinquantaine de questions abordant vingt-quatre interrogations. Au total, 545 établissements dans sept académies ont répondu à ce questionnaire qui a été rempli le plus souvent par le chef d'établissement et/ou son adjoint, et/ou l'infirmière ; et, en nombre moins important, les conseillers principaux, les enseignants, l'assistante sociale ou le médecin scolaire.

On observe une évolution des structures et instances de prévention dans le sens **d'une extension plus globale de la prévention ; près des trois quarts des établissements ayant répondu à l'enquête ont des projets de prévention ;**

- la presque totalité de ces actions sont conduites par les adultes (8 sur 10) et sont presque toutes menées avec l'aide d'intervenants extérieurs. Elles sont proposées le plus souvent à un nombre limité de classes dans l'établissement. Une minorité de ces actions s'étend à **l'établissement tout entier ;**

- les établissements ont conscience que ces interventions nécessitent de travailler sur le long terme et qu'il est inutile d'agir de façon conjoncturelle et ponctuelle.

Les raisons du non-engagement des établissements

Rappelons qu'en 1999, un peu moins d'un établissement sur quatre n'a programmé aucune intervention sur les toxicomanies et n'a pas appliqué les règlements.

Les explications regroupent trois types de justifications/légitimations : certains établissements ont choisi **d'autres priorités** ; d'autres n'avaient pas d'intervenants compétents ou consentants dans l'équipe éducative, sur les modalités des interventions. Une minorité pense que cela ne relève pas de leur mission ou bien que c'est inutile. D'autres enfin ont annulé en partie ou complètement des actions qu'ils avaient programmées en 1999.

L'analyse des raisons avancées est pour l'essentiel le manque de moyens/matériels pédagogiques, personnel, de partenaires. Certains avancent comme raison des difficultés à travailler en équipe et à mener une prévention de masse, d'autres enfin souhaitent essentiellement prévenir l'échec scolaire et réserver l'essentiel de leur activité à cette mission.

Enfin un nombre non négligeable note la peur d'être incitatif, le manque de partenaires compétents, *la préférence donnée à la formation* avant d'engager des actions, *l'absence d'accord de l'équipe* sur le type d'intervention souhaitable. On trouve aussi des établissements qui ont été déçus par les interventions passées.

Les objectifs des interventions de prévention

Prévention active ou information ?

Quatre établissements sur dix seulement ont noté comme objectif de développer le dialogue entre élèves et adultes.

Trois établissements sur dix seulement cherchent à rendre la communauté scolaire attentive à ce problème.

Les modalités des interventions

Rares sont les établissements qui sollicitent les élèves dans des actions et lorsqu'ils le font, leur participation se résume à la recherche d'informations, de documents ou de questions à poser.

Huit établissements sur dix font appel à des intervenants extérieurs (la police ou la gendarmerie dans sept cas sur dix, les associations locales dans trois cas sur dix).

La forme d'intervention est dans un cas sur deux ponctuelle et dans un cas sur quatre, insérée dans un projet plus durable et négocié. Ces négociations se font à la fois sur les objectifs (56%), les contenus (56%), la durée (49%) ou le public ciblé (50%).

Un établissement sur six seulement retient comme objectif de cette prévention, l'information des parents ou l'information de l'équipe éducative. Un nombre un peu moins élevé encore retient parmi ses objectifs l'implication des élèves ou la connaissance des personnes-ressources extérieures à l'établissement. Les partenaires extérieurs interviennent plus souvent de façon ponctuelle (55%), dans un cas sur quatre seulement leurs interventions s'inscrivent dans un projet durable (26%).

Les contenus des interventions concernent le plus souvent **les effets** des produits, la dépendance et les produits licites et illicites, parce qu'ils correspondent (selon les adultes) aux centres d'intérêt des jeunes.

Très peu d'interventions portent sur les compétences sociales et psychologiques ou les aides que les jeunes peuvent attendre dans le cadre des actions de prévention des toxicomanies.

L'évaluation

Les établissements portent une appréciation sur leurs actions plutôt qu'une véritable évaluation.

Si tous les établissements ne se sont pas engagés dans la prévention des toxicomanies, ceux qui le sont (6 sur 10) semblent en être **satisfaits**. Attentifs à recueillir les appréciations de leurs élèves (même si ce n'est qu'oralement), ils sont nombreux à estimer que leurs actions permettent aux jeunes **de prendre conscience des risques encourus par les consommations et d'engager un dialogue jeunes-adultes et jeunes entre eux**.

Ils estiment que les élèves cernent la richesse et l'intérêt des interventions et, pour la moitié d'entre eux, souhaitent prolonger ces actions - sous la forme la plus souvent de discussions.

Ils jugent que ces actions sont très appréciées par les autres adultes de la communauté scolaire. Les mêmes mots reviennent : intérêt, valeur des échanges, du dialogue, confiance, comme si ces mots définissaient pour eux *la véritable activité préventive*.

Les difficultés et les regrets qu'ils portent à propos de ces interventions sont plutôt d'ordre institutionnel et organisationnel : programme, horaires, lieux, personnel disponible, etc. Arrive en tête la difficulté de travailler tous ensemble de façon plus cohérente, avec des partenaires et des parents.

Un tiers seulement des établissements a utilisé des questionnaires écrits pour évaluer et apprécier leurs actions. La grande majorité a simplement fait discuter les élèves...

La nécessité et le besoin d'évaluer pour maîtriser les actions de prévention est pourtant reconnue par un grand nombre d'établissements, comme s'ils avaient bien conscience que les procédures d'évaluation pouvaient, seules, assurer une visibilité et une légitimité des actions.

Mais si deux tiers souhaitent poursuivre leurs actions avec les intervenants, un tiers seulement les sollicite pour établir un bilan d'évaluation dans la mesure où, dans deux cas sur trois, les établissements élaborent leur bilan uniquement à partir d'une discussion avec les élèves.

Les thèmes abordés

Le nombre de thèmes s'est singulièrement **élargi**. On fait de la prévention sur l'adolescence prématurée, l'adolescence attardée, sur les discours sur la drogue, sur la vitesse, le goût du risque, sur l'ordalisme, sur l'envie de jouer avec la vie et avec la mort, sur la solidarité. On travaille en prévention sur le dopage, les modificateurs de conscience, etc.

Il n'y a pas de consensus sur le rôle et la variété des fonctions des différents intervenants (police, psychologue, enseignant). Pour les uns, les gendarmes devraient intervenir plutôt auprès des adultes qu'auprès des élèves.

Pour les autres, la brigade d'intervention de la gendarmerie accréditée veut surtout faire peur aux élèves : *ils rappellent le cadre de la loi, mettent en garde sur les risques de glissement vers l'engrenage commercial, sur les risques encourus concernant les différents produits rencontrés, licites, illicites.*

Pour d'autres enfin, l'idéal serait *qu'ils puissent parler avec un gendarme et que chacun explique sa fonction et son domaine. Alors que souvent les gendarmes viennent à la place des psychologues ou des magistrats. Actuellement, plus personne n'est à sa place ni à sa fonction.*

Ainsi, les acteurs de l'école ne présentent pas la prévention comme un paramètre majeur de l'action éducative et sociale (peu d'entre eux se sont engagés).

Les textes législatifs restent toujours très sensibles à la répression des déviances. Ils commencent par rechercher tout ce qui peut conduire à l'usage des consommations de produits toxiques.

Les jeunes et les parents restent cependant les grands absents de ce débat qui les concerne pourtant en premier lieu.

Rapport Bauemeler : L'école citoyenne. Le rôle du Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté

Le rapport du député met en lumière un certain nombre d'avantages et de faiblesses de la structure actuelle du CESC. Il fait une douzaine de propositions pour améliorer cette structure.

■ **Premier point** : la création du CESC cherche à être une réponse dans sa forme et dans ses principes aux problèmes nouveaux de société que l'institution scolaire doit assumer : montée de la violence et des incivilités ; développement du mal être des jeunes qui ont des comportements de prise de risques (vitesse, alcoolisme, tabagisme, utilisation de produits de synthèse) et entrent dans la dépendance.

■ **Deuxième point** : le CESC est une structure nouvelle et innovante qui repose sur le partenariat *authentique* que l'établissement scolaire a tissé avec les collectivités locales.

Il sera d'autant plus performant que le CESC sera intégré au projet de l'établissement scolaire et appuyé par les structures associées localement à l'Éducation nationale. Mais, ajoute-t-il : *Toute l'ambiguïté du dispositif réside dans le fait qu'il est fondé sur une logique de l'autonomie, de volontariat... ; Le succès des CESC dépend de la coopération entre les différents acteurs placés en situation d'interdépendance les uns par rapport aux autres, par-delà leurs liens hiérarchiques.*

Les propositions

1. Le CESC est le dispositif unique de prévention de l'Éducation nationale dans et hors l'école.
2. La mobilisation de tous les membres de la communauté éducative est la condition de la réussite des actions conduites par le CESC. L'élève doit être un acteur essentiel des actions engagées auxquelles les parents doivent être pleinement associés.
3. La prévention fait partie intégrante du projet éducatif de l'Éducation nationale.
4. Le CESC repose sur la méthode du projet.
5. La réforme des IUFM doit intégrer la démarche préventive.

6. La formation continue des personnels doit porter sur la méthode du projet. Il doit s'adresser à tous les personnels concernés et peut s'inscrire dans un cadre interministériel.

7. Des outils méthodologiques doivent être mis à la disposition des établissements pour faciliter la mise en place du projet et l'évaluation des actions engagées.

8. Un centre de ressources et de documentation académique des politiques de prévention mises en œuvre par les CESC doit être mis en place. Il permettra notamment de valoriser les actions originales et pertinentes conduites par les établissements.

9. Les CESC doivent travailler en réseaux à l'échelon des bassins de formation.

10. Un *chef de projet Éducation nationale*, placé auprès de l'Inspecteur d'Académie, a pour mission de représenter l'Éducation nationale auprès de ses partenaires, de coordonner les financements et de mettre en place un guichet unique d'attribution des crédits en liaison avec les coordinateurs académiques et départementaux.

11. À travers le CESC, le partenariat avec les politiques mises en œuvre par le Ministère de la Santé doit être renforcé.

12. L'éducation est une responsabilité partagée.

Rappelons les cinq points majeurs de l'étude

- Les trois-quarts des établissements sont engagés dans des actions de prévention : pour une grande majorité d'entre elles, conduites par les adultes, en fonction des représentations qu'ils se font des intérêts et des demandes des jeunes et selon des formes très traditionnelles d'information sur les risques, sans réelle implication des jeunes scolarisés ni de leurs parents ;
- Les établissements cherchent davantage à apprécier les actions qu'à les évaluer au sens précis de ce terme. Ainsi un tiers seulement des établissements engagés dans la prévention a utilisé des questionnaires écrits pour évaluer et apprécier leurs actions. Dans deux cas sur trois, le bilan fait par l'établissement se limite à des discussions avec les élèves sur le mode de satisfaction/insatisfaction ;
- La nécessité et le besoin d'évaluer pour maîtriser les actions de prévention est reconnue par un grand nombre d'établissements, comme s'ils avaient bien conscience que les procédures d'évaluation pouvaient, seules, assurer une visibilité et une légitimité à leurs actions ;
- Les acteurs et les intervenants dans le système scolaire témoignent de positions plutôt différenciées liées d'une part, à la fonction spécifique de ces acteurs dans le maillage de la prévention et, d'autre part, à leurs conceptions, à leurs expériences personnelles et à celles de l'équipe éducative impliquée dans le projet de prévention ;
- Si leurs interventions sont différentes selon l'importance accordée au contexte, toutes témoignent d'une évolution notable vers le recours à plus de partenariat d'une part, et plus d'implication et de responsabilisation des élèves d'autre part.

Des rave-parties à la promotion de la santé en milieu scolaire

De la répression à l'autorégulation

Chargée par le secteur Santé Publique de la Mutualité Française des Alpes Maritimes⁸ du suivi des actions de prévention, sous la direction du Docteur Alain Mucchielli, nous présentons ici un rapide descriptif de l'expérience à partir des interviews menées avec les membres de cette équipe et de la lecture de leurs rapports d'activité.

Quatre raisons justifient le choix de présenter le travail de cette équipe :

1. Leur pratique est **simple et généralisable**. Elle s'appuie sur un socle de connaissances sérieuses confirmées par les dernières données scientifiques communiquées par la MILDT.

2. Grâce à son implication, cette petite équipe me semble avoir réussi à sensibiliser la communauté éducative dans le cadre de ses interventions sur la vulnérabilité et les prises de risques tout en respectant *les principes éthiques de liberté et d'autonomie des personnes*, par un usage éclairé qu'ils font de la loi et de l'interdit.

3. Elle incite les sujets à **l'auto-protection** plutôt qu'à **la répression**, considérant à juste titre que l'interdit n'est pas une fin en soi mais un moyen de ne pas laisser cette population vulnérable se renfermer dans une solitude destructrice de personnalité.

4. Elle applique **des stratégies d'interventions innovantes**, en allant au devant de cette population, sur les lieux mêmes de consommation comme le préconisent les mesures actuelles de décentralisation et elle utilise largement le dialogue pour restaurer un lien social avec ces populations vulnérables avant qu'il ne soit totalement compromis.

Le contexte de l'expérience

On sait que les Mutualités ont de plus en plus vocation à développer des pôles de compétences au travers d'actions de terrain pour mieux répondre aux besoins de leurs adhérents.

Le programme de la MFAM s'est développé dans un contexte local particulier, et compte-tenu du recrutement d'un Médecin à plein temps ayant la responsabilité du Secteur Santé Publique. En l'occurrence, le Docteur A. Mucchielli, avait une expérience dans le domaine de la réduction des risques (en particulier concernant le VIH). Il avait aussi collaboré à Médecins du Monde (MDM).

La Mutualité des Alpes Maritimes, de son côté, voulait développer dans le cadre de

son programme de **promotion santé - solidarité**, des actions en milieu scolaire. S'est alors constituée une équipe d'intervenants -chercheurs dont deux membres ayant une expérience de terrain en particulier au sein d'un programme d'échanges de seringues (MDM).

Ce programme se déroulait dans différents lieux, y compris quelquefois dans les milieux festifs des *raves parties* pour faire du *testing* sur les produits que les jeunes s'approprient à consommer. Interpellée par le mauvais état de santé de ces jeunes, l'équipe a souhaité intervenir en amont, avant que ces populations fragilisées ne s'engagent dans une trajectoire de consommations régulières et nocives, ce qui l'a conduit à élaborer des actions de prévention, prises en charge par la Mutualité française des Alpes-Maritimes (MFAM) en association avec MDM.

L'équipe, ses motivations, ses finalités

Cette équipe compte neuf membres dont quelques-uns sont des bénévoles. Le directeur est un médecin de santé publique, qui allie une expérience dans le SAMU social à une expérience dans le champ clinique. Le responsable de l'animation est un cadre de la MFAM. Deux sociologues sont employés à mi-temps par MDM et la MFAM et font partie par ailleurs d'un groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale. Tous ont un niveau d'études supérieures (doctorants ou bac +2) et poursuivent une formation continue autour des thèmes concernant la médiation et la santé.

Les trois animateurs bénévoles interviennent surtout dans le cadre des *rave parties* avec MDM, mais ils se sont formés pour participer à des actions-interventions dans le milieu scolaire.

Pour la plupart d'entre eux, c'est un parcours personnel qui les a engagés dans la prévention dans le but de partager leur expérience acquise dans ce domaine avec les populations fragiles.

L'équipe poursuit l'objectif d'encourager, au niveau individuel, **l'adoption éclairée et consentie** des comportements favorables à la santé des jeunes.

Leur intervention demeure influencée par leur façon de travailler à MDM : *en informant les jeunes de la dangerosité des produits, ils souhaitent engager un dialogue qui fixe le jeu des limites des uns et des autres, mais sans arriver à la conflictualité par des interdictions catégoriques.*

L'équipe pense avant tout que la prévention passe par une information scientifiquement établie. À cet effet, ils distribuent des *slides et des flyers* (plaquettes d'information) et utilisent les outils élaborés par la MILDT, comme la brochure *Drogues : Savoir Plus, risquer moins*, des vidéos, etc.

Leur discours vise à persuader les jeunes qu'ils ne sont pas seuls face à leur vulnérabilité. Ces intervenants regrettent de n'avoir pas reçu eux-mêmes dans leur jeunesse une éducation à la santé en milieu scolaire. Ils partagent donc avec cette population vulnérable leurs connaissances acquises sur la dangerosité des produits en vue de *"faire bénéficier les autres et surtout les jeunes de leur propre expérience personnelle"*. Ils veulent conduire les jeunes à poser des limites pour leur éviter certains dangers. Mais, selon eux, *"il s'agit de laisser les jeunes gérer leur propre espace, de leur laisser une marge de manœuvre qui leur soit spécifique et dans laquelle ils prennent leurs responsabilités"*.

Ils sont très critiques à l'égard des interventions scolaires qui s'adressent à des sujets jeunes, en les considérant comme **des individus isolés et libres d'agir de façon rationnelle**. Ils affirment que si on veut changer les comportements et entamer une démarche de prévention, il faut avant tout éviter les discours stéréotypés qui diabolisent le recours à la consommation de drogues.

Selon cette équipe, *l'usage des drogues et des produits psycho-actifs n'est pas seulement la question d'un sujet isolé, mais d'un sujet en lien avec d'autres*. Ce sont donc ces liens qu'ils veulent restaurer par le dialogue en intervenant dans tous les milieux.

Les positions des intervenants

■ Engager des dialogues par divers artifices (y compris le *testing* ou les *flyers*), des questionnaires écrits pour tenter d'établir un lien interpersonnel avec chacun.

■ Relier la santé et le social en considérant que l'on ne peut traiter l'un sans l'autre - ce que leur a appris le travail au sein de MDM. Ils croient en l'éducation à la santé *par les pairs* et souhaitent entraîner ces jeunes vers une responsabilisation de leur personne en les rencontrant selon des démarches plus originales que les démarches classiques de rappel à la loi ou la démonstration de produits (démarches encore trop souvent employées dans le milieu scolaire).

■ Leurs interventions les confortent dans l'idée qu'un discours de prévention mesuré est plus crédible qu'un discours normatif qui diabolise le recours aux produits quel qu'en soit le public.

⁸ MFAM, 7 avenue Georges V - 06000 Nice

▪ Une démarche de prévention est une démarche d'analyse, de compréhension, de réflexion en commun visant à développer des compétences globales dans la gestion de son bien-être et à retrouver une confiance en soi.

▪ Plus que les caractéristiques intrinsèques de chacun des produits, c'est le mode d'usage, la vulnérabilité propre à chaque consommateur, ses motivations, les autres conduites associées qui, selon eux, constituent les véritables déterminants du risque et du danger.

La conduite des interventions

▪ Les interventions s'inspirent toutes des pratiques communautaires de santé impliquant une réelle participation de la communauté.

▪ Enracinées dans le réel et grâce à un diagnostic qui leur permet de connaître la culture des publics et leurs besoins, les interventions se font au plus près des acteurs locaux, invités à exprimer leurs priorités et à participer activement à la mise en place et au déroulement des actions.

▪ Les approches sont multiples : journées kiosque, conférences-débat, groupes de parole, formation des personnels adultes dans le cadre de modules de deux ou trois jours, suivi des actions engagées dans les différents lieux scolaires, etc.

▪ Adaptées à l'hétérogénéité des publics ciblés, à leurs besoins, à leurs ressources, les interventions ont toutes pour point commun **d'instaurer un espace d'échanges et de mises en scène de la santé.**

▪ Plutôt qu'une culture des programmes-protocoles rigides, les interventions sont développées avec divers partenaires locaux et régionaux, sous le leadership du directeur du Secteur Santé publique de la MFAM, dans l'optique d'une *culture de démarches interactives.*

▪ Par le décloisonnement de leurs interventions, les actions sont à l'interface de différents secteurs - santé, social, scolaire, justice. Elles ont une capacité à dépasser les clivages professionnels disciplinaires et répondent bien aux missions des mutuelles.

▪ Le terme santé a deux acceptions : santé/bien-être (health) et santé publique (health care). En s'associant à MDM, les actions répondent à des besoins qui relèvent du secteur sanitaire (échange de seringues, prévention du VIH, testing...).

Travaillant dans les espaces fréquentés par les jeunes (boutiques de piercing ou de tatouages) et établissements scolaires, les intervenants ont été amenés à monter des démarches transversales d'une part, avec

les collectivités territoriales (CIDJ, FJF) et, d'autre part, auprès de publics divers (éducateurs de jeunes, parents, personnels de l'éducation, police, santé, social) avec lesquels ils développent des solidarités sociales respectant toujours le même code déontologique : *ne pas culpabiliser, ne pas normaliser, respecter la liberté de chacun.*

Les secteurs et les publics-cibles

▪ **La rue** avec les milieux festifs, mais aussi les dancings (qui souvent refusent leur présence), les lieux d'accueil sociaux, les magasins à clientèle jeune (qui font du piercing et des tatouages)...

Dans ces lieux, les intervenants distribuent des informations pour les populations vulnérables qui les fréquentent. Ils cherchent à les aider à construire des projets de vie compatibles avec leurs conditions sociales.

▪ **Les institutions** scolaires et la formation continue des adultes aux trois niveaux :

- école primaire (travail avec les parents et le corps enseignant),
- enseignement secondaire : lycée, collège,
- enseignement supérieur ;

Leurs interventions varient en fonction de la diversité des publics mais sont constantes dans le respect des principes des pratiques communautaires :

- auprès des publics vulnérables, elles engagent des dialogues pour rétablir des liens et éviter une marginalisation de ces publics. Elles informent grâce à des outils de la MILDT, en distribuant des adresses sur les institutions sociales et sanitaires.

- auprès des partenaires des publics scolaires (personnels d'encadrement et de service comme les appariteurs de l'université, les parents d'élèves). Des conférences-débat sont organisées en visant deux objectifs : informer et répondre aux problèmes rencontrés par ces publics en relation avec les jeunes

- auprès des jeunes scolaires eux-mêmes ; un protocole souple d'intervention est suivi ; on y retrouve toujours des temps consacrés à l'étude de la demande et des besoins, l'élaboration d'un contrat d'intervention qui comporte un diagnostic porté sur les représentations, les connaissances et les comportements des publics à former. Souvent, ce diagnostic est porté à l'issue de la passation d'un questionnaire auxquels les jeunes ont répondu. Ce diagnostic permet de construire les modes d'intervention adaptés aux problématiques différentes qu'ils trouvent dans les classes pour répondre ainsi aux besoins.

Les interventions se déroulent aussi sous forme d'ateliers interactifs, de sorties pédagogiques sur l'environnement et la nutrition, en collaboration avec les

diététiciennes dans des classes de collèges de 6^e et 4^e ;

- auprès des professionnels : en partenariat avec les institutions comme le CIRDD et le CREDIT (Alpes-Maritimes), une centaine de personnes ont déjà été formées à partir de deux modules :

1. un module de deux jours pour élargir et faire évoluer les mentalités des intervenants du dispositif socio-sanitaire et créer une culture commune entre les partenaires ;
2. le second sous la forme d'un *suivi* des projets d'action de santé que les intervenants ont aidé à mettre en place.

Les résultats

Quelques indications sur le travail de cette équipe. Durant l'année scolaire 2001-2002, ils ont touché :

- 116 collégiens répartis dans 8 collèges ;
- 71 lycéens répartis dans 5 lycées ;
- 1 lycée professionnel ;
- 450 élèves de CFA (2001-2002).

Des actions d'information, de sensibilisation, ont été conduites à l'intention des professionnels de 4 lycées, 4 collèges.

La formation des personnels s'est adressée à des cadres de la Direction de la Jeunesse et des Loisirs, des éducateurs spécialisés, des animateurs de MJC, des médiateurs, du personnel socio-éducatif.

Une formation-action de type communautaire sur la prévention violence et promotion de la santé et un suivi du club de promotion de la santé au sein du foyer socio-éducatif d'un collège a été ajouté.

En 2003, le projet de *bus forum* sera développé près de la cafétéria de l'université où seront distribués des outils d'information et où seront projetés des films qui seront commentés avec les étudiants.

Ils se proposent de sensibiliser *les personnels de service* de l'Université comme *les appariteurs.*

Ils sont en train d'élaborer un plan de formation sur un bassin géographique auprès des adultes *référents* volontaires des collèges et Lycées.

En résumé

Les interventions de l'équipe se fondent sur des informations fiables, tirées de la littérature scientifique, concernant les substances psychoactives entendues dans un sens large- et sur la volonté de restaurer l'image de soi de ces populations vulnérables, en insistant sur les facteurs de protection et sur la nécessité pour chacun de tisser des liens ou d'élaborer son projet de vie.

Attentifs à ne pas se laisser enfermer dans des rôles rigides d'intervenants qui sont là simplement pour rappeler la loi et cherchent à faire partager leur expérience *dans une attention empathique en vue de lutter contre les usages nocifs des produits qui engendrent des dépendances*.

Les questions qui restent ouvertes

- **La liaison entre les pratiques et leur communication aux différentes instances**

Engagée fortement dans les actions de terrain, l'équipe manque de temps pour décrire et procéder à un suivi des actions engagées, selon une planification et un

programme à long terme. Trop souvent répondant aux sollicitations des terrains, elle ne prend pas le temps et ne s'est pas donnée les moyens de se concerter avec les autres instances concernées régionales et départementales. On peut présumer que si cette information circulait, leur type d'action pourrait être repris et largement diffusé.

- **Le point faible actuel : l'évaluation de ces pratiques.**

Les deux seuls critères par lesquels leurs actions sont évaluées, à notre connaissance, sont le degré de satisfaction des publics (qu'ils mesurent à l'aide de questionnaires après leurs interventions) et la progression quantitative des établissements qui leur demandent d'intervenir. Mais, conscients de l'insuffisance de la connaissance des effets de ces actions, la Mutualité française a sollicité un chercheur expert pour engager une évaluation des actions de cette équipe.

Nelly Leselbaum a été chargée de cette évaluation.

nelly.leselbaum@wanadoo.fr

savoirs et savoir-faire, et aussi selon ses propres croyances, conceptions et valeurs constitutives -ce que Florence Giust-Desprairies qualifie d'imaginaire collectif.

Au-delà de cette variabilité individuelle et subjective, on ne peut nier l'existence d'une variabilité culturelle : chacun prend des positions différentes face aux risques (établissements qui font intervenir des soignants ou anciens toxicomanes, établissements qui ne font pas d'intervention de peur d'être incitatifs, etc.). Il serait réducteur de penser la complexité de l'objet par la seule question de l'extériorité des réponses apportées, comme on le fait aux États-Unis, et de la probabilité d'occurrence du problème dans un avenir plus ou moins lointain.

Il s'agit moins de savoir ce que l'environnement peut nous apporter que ce que l'établissement peut offrir à son environnement, notamment dans les situations difficiles que l'on connaît.

L'espoir aujourd'hui réside probablement dans des actions stables basées sur des règles publiques, discutées, expliquées, objets de débats et d'arbitrages par des instances démocratiques conçues pour cela et, en général, respectées dans un partenariat authentique.

Mener une réflexion sur la nouvelle éthique et sur la norme

Il apparaît clairement, à la lumière des avancées en sciences de l'éducation, qu'il existe un effet cumulatif des facteurs négatifs chez les élèves en grande difficulté : absentéisme chronique, vol, consommation de substances psycho-actives, trafics, prises de risques, etc.

En outre, les acteurs du système ont bien conscience que l'école secrète ses normes et qu'elle peut être une atteinte au bien-être des élèves. Par la normalisation qu'elle cherche à produire, il arrive qu'elle arrache les élèves à leurs formes premières de socialisation et qu'elle confonde déviance et délinquance.

En matière d'éducation à la santé, il ne peut y avoir de bons et de mauvais jeunes ! Ce point réinterroge la normativité des pratiques éducatives et pousse chacun à redéfinir ce que pourrait être la norme dans l'acte de prévention, c'est-à-dire ce qui est le bien, le juste, le devoir...

Comme nous l'évoquions plus haut, il semble bien, au travers des textes officiels, qu'un cap soit franchi puisqu'on passe de l'abstinence à une gestion du risque et des consommations qui seraient en cause. Or, s'il ne peut y avoir d'éducation sans normativité, **la (re)définition de la norme est un point déterminant dans la**

Propositions pour mener une politique de prévention en milieu scolaire

Protéger les élèves et les aider à instaurer une relation au monde qui soit médiatisée par le savoir et la rationalité est sans doute une des plus anciennes missions de l'école. Mais la nature des menaces actuelles auxquelles est confrontée l'institution scolaire dans la prévention des dépendances est complexe.

Pour conclure ce dossier, nous faisons quatre propositions. Elles concernent toutes la promotion de la santé et sont exposées plus longuement dans l'étude que nous avons menée en 1999.

Élargir les responsabilités de l'école face au bouleversement de ses missions

La politique menée par la MILDT marque un virage dans la manière de concevoir la prévention dans les établissements scolaires. Elle s'adresse au jeune et non plus seulement à l'élève. Elle prend en compte l'ailleurs et l'avenir puisque la France a pris le parti de réglementer *l'usage, la consommation excessive et l'abus des toxicomanies* et de l'interdire dans les établissements scolaires dans un but de *promotion* de la santé.

Notre enquête montre que les experts et les acteurs dans le champ scolaire considèrent que l'école a une mission à jouer dans la sauvegarde du bien-être de tous, (plus qu'aux États-Unis ou dans certains

pays européens par exemple, où ce rôle de prévention est confié à des *éducateurs de santé*, les health educators, véritables professionnels formés à l'université). En France, les acteurs de l'Éducation nationale, les autorités, les experts reconnaissent tous que la prévention engage la responsabilité de chacun dans et au-delà du strict champ scolaire.

Car, lorsque les jeunes ne consomment pas au sein de l'établissement, ils le font à l'extérieur et à d'autres moments. L'acte éducatif de prévention fait nécessairement intervenir d'autres acteurs.

Lorsque les établissements s'engagent dans les activités de prévention des toxicomanies, ils le font sérieusement, ils ont conscience de la complexité de cet engagement.

Dans les missions de l'école, deux dimensions s'entremêlent : ce qui est de la sphère privée et du domestique (gestion des tensions, plaisir, rapport à l'autre) et ce qui est de la sphère publique (l'éducation, le rapport au savoir...).

Ces deux sphères influent sur la configuration des systèmes d'intérêts individuels et collectifs et tissent le lien social de manière bien spécifique.

Quelles missions assignées aux acteurs de l'école ?

Cette question renvoie à ce qui est de l'ordre de l'identité professionnelle, chacun investissant la mission éducative selon ses

prévention même si elle ne doit pas être confondue avec la normalisation (présentation d'un seul modèle juste).

Confondre normativité (établissement des normes) et normalisation (affirmation d'une seule norme possible) rend impossible tout acte éducatif au sens fort du terme. Il n'existe pas de forme unique de la normativité.

Dans ce sens, la déviance est, elle aussi, un acte de production de normes, acte qui se définit rarement par la simple opposition ou transgression à des normes sociales communes.

Si nous nous donnons des règles, c'est pour devenir capables de produire des actes ou des énoncés singuliers différents de ceux qui sont communément admis et qui prennent sens pour ceux auxquels nous nous adressons. (P. Boumard)

Une réflexion sur les pratiques, laisse apercevoir d'une part, un certain nombre d'évolutions, en particulier dans la capacité des établissements à gérer, négocier, réguler ce type d'actions plurielles, d'autre part, une difficulté permanente (celle de l'évaluation) et une forte demande d'aide en la matière.

On peut noter par ailleurs que l'échange et le dialogue sont les grands vainqueurs de cette dynamique d'ouverture. où chacun perçoit l'importance du dialogue pas seulement dans des logiques de résolution de problème, mais aussi en termes de plaisir et de moyen de gérer des tensions.

Le dialogue est l'outil par lequel il devient possible de comprendre ce qui fait obstacle ou résistance au changement ; il est aussi outil de mesure d'appropriation des objets d'étude en cause. De ce point de vue, les enquêtes soulignent que l'évaluation est le plus souvent faite oralement, de manière dialoguée.

Assumer un nouveau partage de la responsabilité éducative à l'égard des jeunes dans la relation école-famille où l'école est médiatrice

Toutes les instances mises en place au sein de la politique de prévention des toxicomanies préconisent l'ouverture de l'école. Mais faire de l'école une institution plus ouverte, c'est lui faire courir un double risque :

- celui d'y voir transporter, aujourd'hui plus encore qu'hier, tous les problèmes et tous les questionnements de l'environnement social ;
- celui de manquer à une de ses fonctions prioritaires ; celle de constituer pour tous les jeunes un milieu institutionnel spécifique, instructif, protecteur et socialisant.

Ceci renvoie à la place dévolue au milieu familial, lui-même bouleversé par ses propres mutations (familles monoparentales ou recomposées ou atypiques.).

Avec le désarroi dont le problème de la drogue est souvent révélateur, les familles sont tentées de demander à l'école de faire à leur place ce qu'elles ne peuvent plus faire, en particulier une protection renforcée pour prévenir toute consommation de drogue. Elles attendent que l'école établisse un *cordon sanitaire* par une répression stricte. **Mais l'école n'a pas à se substituer aux familles.**

L'ouverture de l'école aux familles encouragée dans le cadre de sa mission d'intégration sociale et de transmission ne doit pas faire oublier que s'il est essentiel d'aider les jeunes à se séparer de leur famille pour devenir des sujets et des citoyens adultes, l'école publique n'a pas à renoncer à assumer ses tâches.

D'où une autre proposition qui est **une condition de l'ouverture de l'école que nous préconisons : créer des dispositifs nouveaux qui permettent à l'école d'adresser les familles aux institutions compétentes. La place de l'école n'est pas de rester totalement extérieure aux problèmes traversés par les familles : elle n'est pas de se substituer à elles mais jouer un rôle de médiation à l'égard des attentes et des angoisses face aux consommations de drogue.**

L'école est le lieu d'où peut s'enclencher mais non se réaliser un véritable travail avec les jeunes et leur famille. Il s'agit d'inventer pour cela un nouveau partage de la responsabilité éducative en acceptant qu'interviennent dans l'éducation des jeunes plusieurs espaces qui ne se recoupent pas totalement mais au sein desquels l'école a une fonction médiatrice.

Une nouvelle identité professionnelle des enseignants et des éducateurs

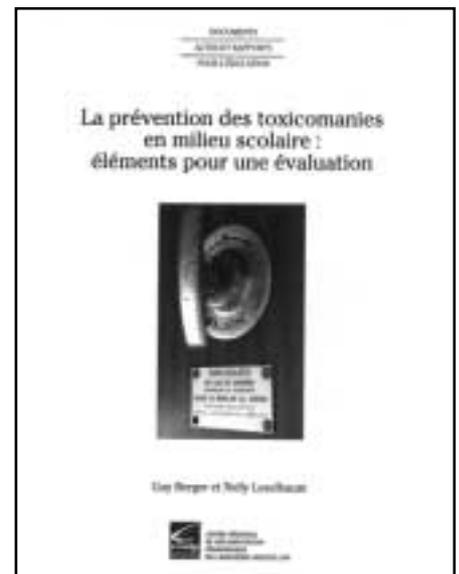
Cette évolution notable des établissements vers un partenariat plus ouvert introduit une pluralité d'acteurs dans le débat éducatif ce qui impose une cohérence dans l'action collective et ouverte vers *l'extérieur*.

Mais *l'extérieur* n'est pas très homogène puisque certains vont être en position de responsabilité directe à l'égard des jeunes (acteurs de l'établissement, parents) là où d'autres interviendront en simultanéité et avec des responsabilités spécifiques : les responsabilités de la police, de l'État à l'égard des collectivités locales ne sont pas du même ordre que celles des associations subventionnées par ces collectivités. Il est logique que leurs modes d'intervention et leurs objectifs mêmes soient très différents.

On a vu que cette pluralité pose le problème de la cohérence des rôles et des interventions de chacun dans l'école et implique une nouvelle organisation de l'école elle-même.

Au-delà des différences d'enjeu et de culture, on pointe l'enchevêtrement des systèmes d'intérêt qui vont solidariser l'école et ses partenaires autour d'un même problème : la prévention de l'usage de substances psychoactives. Les pratiques éducatives seront elles-mêmes bouleversées : les modes d'organisation habituels de la communauté scolaire autour de groupes classe - de la division des objets d'étude par discipline - de la programmation des cours en plages horaires alignées sur des emplois du temps entrent en conflit avec la pluralité et l'hétérogénéité liées à l'ouverture des logiques éducatives sur son environnement.

Ainsi on peut conclure que l'engagement de l'école dans la prévention des toxicomanies est le signe d'une ouverture de l'établissement scolaire dans la société civile, de la diversité des relations avec son environnement et de l'accès à d'autres schémas d'organisation de l'école.



La prévention est un marqueur du style de chaque établissement scolaire

Trois styles peuvent être définis :

1. L'école est pensée comme un milieu qu'on doit protéger, car sa mission spécifique est d'enseigner et d'instruire.
2. L'école est pensée comme une institution ouverte sur l'extérieur, mais qui doit protéger les individus en leur permettant d'achever leur construction personnelle. Ce qui nécessite le développement de nouvelles compétences de tous et qui renvoie à un changement de leur formation dans les IUFM, comme le demande le rapport du député Bauemler (2002)
3. L'école est une communauté scolaire où tous les aspects éducatifs sont simultanément travaillés. Ce qui nécessite une nouvelle identité professionnelle.

Biblio plus Toxibase

Rapports

BALLION R. - **Conduites délictueuses, consommation de substances psychoactives des lycéens.** Convention d'étude avec la Fondation MAIF et l'OFDT, Bordeaux, CADIS, EHESS-CNRS, 2001, 104 p., tabl., graph.
Document Toxibase n° 102062

FORUM EUROPÉEN SÉCURITÉ URBAINE
Prévention des toxicomanies à l'école primaire : document d'étape. Paris, Forum Européen Sécurité Urbaine, 1998, 86 p.
Document Toxibase n° 504543

INSERM ; CHOQUET M. ; LAGADIC C. - **Évaluation en milieu scolaire d'un programme de prévention primaire en matière de toxicomanie.** Convention d'étude OFDT n° 97-01, INSERM, Villejuif, 1999, 109 p.
Document Toxibase n° 204664

LESTRE DE REY C. - **Formation des enseignants à la prévention primaire dans l'Union Européenne : rapport final et annexes.** Paris, CECD, 1998, tome 1, 55 p., tome 2 annexes, 66 p.
Document Toxibase n° 900693

MILDT/OFDT - **Tabac : premier bilan sur l'application de la loi Évin en milieu scolaire.** Publié sur Internet : <http://www.drogues.gouv.fr>, Paris, OFDT, 2002, 11 p., ann..
Document Toxibase n° 102236

OFDT ; OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES ; CADIS ; CENTRE D'ANALYSE ET D'INTERVENTION SOCIOLOGIQUES ; BALLION R. - **Les conduites déviantes des lycéens.** Convention d'étude n° 98-07, Étude - 13, Paris, OFDT, 1999, 243p., Autre source de publication : Paris, hachette, 2000, 238 p.
Document Toxibase n° 700356

OFDT ; OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES ; INRP ; INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE PÉDAGOGIQUE ; DE PERETTI C. ; LESELBAUM N. - **Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : évolutions.** Convention d'étude 97-14 et 97-14b, Paris, OFDT, 1999, 169 p.
Document Toxibase n° 700357

OFDT ; OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES ; CADIS ; CENTRE D'ANALYSE ET D'INTERVENTION SOCIOLOGIQUES - **Les conduites déviantes des lycéens dans les établissements classés en ZEP et dans les autres.** Convention d'étude n° 98-07, Étude - 13 bis, Paris, OFDT, 1999, 45 p.
Document Toxibase n° 700358

OFDT ; OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES - **La consommation de substances psychoactives chez les lycéens : synthèse.** Paris, OFDT, 1999, 21 p.
Document Toxibase n° 700359

PERETTI C. DE ; LESELBAUM N. - **Les lycéens parisiens et l'alcool : évolutions.** Publié sur Internet : <http://www.education.gouv.fr/alcool>, OFDT, 2000, 11 p., tabl.
Document Toxibase n° 102258

Thèse, mémoire, contribution

DACAL H. - **Prévention primaire des dépendances aux substances psycho-actives en milieu scolaire : évaluation des attentes.** Thèse de Doctorat en Médecine, Univ. F. Rabelais, Fac. Méd. Tours, 1997, 133 p.
Document Toxibase n° 101794

DOUPLAT-GONON F. - **Confrontation au risque et prévention des dépendances, au sein d'une école élémentaire.** Mémoire de Formation de Médecin de l'Éducation Nationale, ENSP, Rennes, 1999, 47 p.
Document Toxibase n° 505073

STIRLING J. ; SINA F. - **Une action de prévention originale et une tentative de l'évaluer.** In : VENISSE J. L., BAILLY D., REYNAUD M., Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention?, Paris, Masson, 2002, (Médecine et Psychothérapie), 165-173, fig., tabl.
Document Toxibase n° 505423

Des documents ressource

BURKHART G. - **Prévention des drogues dans les établissements scolaires de l'Union européenne : l'importance cruciale des systèmes d'information et de rapports.** Objectif drogues, 2002, (5), 1-4.
Document Toxibase n° 1300365

GIRARD M. - **Consommation et abus de drogues chez les adolescents : guide pratique à l'usage du personnel scolaire.** Prisme, 1997, 7, (3-4), 544-568.
Document Toxibase n° 802791

MILDT - **Repères pour une formation à la prévention.** Paris, MILDT, 2001, (Les documents de la MILDT), 102 p., tabl., Autre source de publication : Publié sur Internet : <http://www.drogues.gouv.fr>.
Document Toxibase n° 102211

TUBIANA M. ; LEGRAIN M. - **Comment déve-**

opper et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ? Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2002, 186, (2), 1-67.

Document Toxibase n° 804039

Lire + / en texte intégral sur internet

STEPHEN T. ; KAISERMAN M. J. ; McCALL D. J. ; SUTHERLAND-BROWN C. - **Prévention du tabagisme en milieu scolaire : les coûts économiques par rapport aux avantages.** Maladies Chroniques au Canada, 2000, 21, (2)
http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cdic-mcc/21-2/c_f.html

Prévention et promotion de la santé chez les jeunes : objectifs, stratégies, programmes et projets. Berne, OFSP, 1999, 25 p.
<http://www.bag.admin.ch/sucht/praevention/projekte/f/brosch99.pdf>

BURKHART G. ; LOPEZ M. - **Survey on school based prevention programmes in the E.U. (carried in 2001).** EMCDDA, 2002, 36 p.
http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/schools_survey_2001.pdf

Prévention de la toxicomanie en milieu scolaire : expériences européennes. 38^{es} rencontres du CRIPS, Juillet 2000. Lettre d'Information 54, 2000
http://www.lecrips.net/webidf/services/lettre_info/Lettre54/154_0.htm

Repères pour la prévention des conduites à risques dans les établissements scolaires. Bulletin Officiel de l'Éducation Nationale, HS n°9, 4 novembre 1999
<http://www.education.gouv.fr/bo/1999/hs9/default.htm>

Politique de santé en faveur des élèves. Orientations générales. Bulletin Officiel du Ministère de l'Éducation Nationale et du Ministère de la Recherche, 25 janvier 2001, n° spécial, 25 p.
<http://fcpe75.org/images/bosante.pdf>

Lessons learned in drug abuse prevention : a global review. ODCCP Studies on drugs and crime. Monograph, 2002, 113 p.
http://www.unodc.org/pdf/demand_reduction_lessons_learned.pdf

Sélection préparée par Sandrine Guigue

Bibliographie de l'auteur

Rapports et ouvrages

*** - *Pratiquer la santé communautaire : de l'intention à l'action*. Institut Théophraste Renaudot, Éd. Chronique sociale, 2001

*** - *La santé en action. Guide méthodologique et pratique en éducation pour la santé*. Éd. CFES, 1994

*** - *Évaluer l'éducation pour la santé - concepts et méthodes*. Séminaire, Vanves, INPES, 2002, 188 p.

ACADÉMIE DE MONTPELLIER - *Pour une citoyenneté à l'école. Charte académique*. Montpellier, Académie de Montpellier, 1999, 10 p.
Document Toxibase n° 1000612

ANGEL P. ; FRIDERICH N. ; BRUNSWIC E. *L'éducation et les drogues : prévenir*. Paris, UNESCO, 1987, 72 p.
Document Toxibase n° 201768

ARENES J. ; JANVRIN M. P. ; BAUDIER F. *Baromètre santé jeunes 97/98*. Paris, CFES, 1998, Baromètres, 328 p.
Document Toxibase n° 402955

BACHMANN C. ; KARSENTI M. - *Prévention des toxicomanies en milieu scolaire*. Paris, INRP, 1996, 143 p.
Document Toxibase n° 504051

BAEUMLER J. P. - *L'école citoyenne. Le rôle du Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté*. Rapport présenté à Monsieur le Premier Ministre, Publié sur Internet : <http://www.education.gouv.fr/rapport/baeumler.pdf>, Ministère de l'Éducation Nationale, 2002, 116 p.
Document Toxibase n° 403857

BALLION R. - *Élèves, acteurs de prévention*. EHESS/CNRS, 2000, 80 p., tabl.
Document Toxibase n° 102154

BALLION R. - *Les comités d'environnement social*. Paris, OFDT, 1998, 117 p.
Document Toxibase n° 1100365

BALLION R. ; CENTRE D'ANALYSE ET D'INTERVENTION SOCIOLOGIQUES ; EHESS ; CNRS - *Les élèves acteurs de prévention*. Convention d'étude avec le Ministère de l'Éducation Nationale, de la Recherche et de la Technologie, Paris, EHESS, CNRS, 2000, 6 p..
Document Toxibase n° 1000659

BERGER G. ; LESELBAUM N. - *La prévention des toxicomanies en milieu scolaire : éléments pour une évaluation*. Montpellier, CRDP Languedoc-Roussillon, 2002, (Documents Actes et Rapports pour l'Éducation), 177 p., tabl..
Document Toxibase n° 1001065

BLANCHARD E. ; DUVAL D. - *Les compétences sociales. L'accompagnement des jeunes en difficulté*. Reims, CRDP de Champagne-Ardenne, 2000, 270 p..
Document Toxibase n° 403658

BOUMARD P. - *L'école, les jeunes et la déviance*. Paris, PUF, 1999

BRACONNIER A. ; CHILAND C. ; CHOQUET M. ; POMAREDE R. - *Du souci au soin : adolescentes, adolescents*. Paris, Bayard/Fondation de France, 1997, 129p.
Document Toxibase n° 101618

CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE - *Prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies : les programmes qui marchent auprès des jeunes*. Publié sur Internet : <http://www.camh.net>, Ontario, Centre de Toxicomanie et de Santé Mentale, 1999, 33 p.
Document Toxibase n° 1000660

CNDT ; HAMANT C. ; MIACHON C. - *Résultats et analyses des questionnaires Je vis, j'écris adressés aux jeunes du Lycée Galilée à Vienne (38)*. Lyon, CNDT, 2001, 48 p., tabl., graph.
Document Toxibase n° 700635

COMMISSION RÉFLEXION DROGUE TOXICOMANIE ; HENRION R. - *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*. Rapport au Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Paris, Janvier 1995, 127 p. + annexes
Document Toxibase n° 203147

CONSEIL DE L'EUROPE ; GROUPE POMPIDOU ; CAN ; HIBELL B. ; ANDERSSON B. ; AHLSTRÖM S. ; BALAKIREVA O. ; BJARNASSON T. ; KOKKEVI A. ; MORGAN M. - (*Rapport 1999 de l'Étude ESPAD : usage d'alcool et de drogues chez les jeunes scolarisés de 30 pays européens*). Stockholm, Conseil de l'Europe, 2000, 381 p., tabl., ann., graph., ill.
Document Toxibase n° 803599

CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR ; MICHEL G. - *Les comportements à risque*. In : La santé des jeunes adolescents en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Marseille, Conseil Économique et Social Régional Paca, 2001, 17-32, Graph., Tabl.
Document Toxibase n° 901139

DAVID B. ; MOTTA D. ; DE PERETTI CH. *Journées d'étude. L'éducation pour la santé en milieu scolaire : recherches et innovations*. Cahier des résumés. Paris, INRP, 1996, 108p.
Document Toxibase n° 302963

DIRECTION GENERALE DE LA SANTÉ ; GROUPE DE TRAVAIL RELATIF A LA VENTE DE TABAC AUX MINEURS - *L'interdiction de vente de tabac aux mineurs*. Rapport au Directeur général de la Santé, Paris, La Documentation Française, 2002, 98 p., ann.
Document Toxibase n° 700674

HCSP - *La santé en France, 1996*. La Documentation Française, 1997

INSERM - *Expertise collective éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes*. Paris, INSERM, 2001, 247 p., fig., ann.
Document Toxibase n° 102210

INSERM - *Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes. Synthèse et recommandations*. Paris, Les éditions Inserm, 2001, 40 p., Tabl., Graph.
Document Toxibase n° 901137

INSERM ; BERTOLOTTI F. ; DORAY B. ; FACY F. ; JOUBERT M. ; SANZOY P. ; TASSIN J. P. - *Évaluation des politiques de prévention en matière de toxicomanie*. Séminaire organisé par les inter-commissions de l'Inserm Comportements en matière de consommation et Analyse et évaluation des systèmes de soins et de prise en charge, de prévention et de protection sociale en coopération avec la MILDT, Lille, Faculté de Médecine, 28 et 29 octobre 1998, Lille, INSERM, 1998, 42 p.
Document Toxibase n° 402960

LECOMTE D. - *Éducation pour la santé en milieu scolaire à Genève*. Genève, Service de santé de la jeunesse, 1998, 66 p..
Document Toxibase n° 303616

LECORPS P. ; PATINET J.-B. - *Santé publique, du pouvoir à la démocratie*. Rennes, ENSP, 1999

LESELBAUM N. (dir.) - *La prévention à l'école. 2. Contribution à la mise en place d'actions pour la santé au collège et au lycée ; analyse de leurs dynamiques, évaluation de leurs effets*. 1992, 150 p.

LESELBAUM N. (dir.) - *La prévention à l'école. Guide-ressource des actions d'éducation à la santé liées à la prévention des cancers menées dans les lycées et collèges*. 1990, 226 p.

MILDT ; MAESTRACCI N. - *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999 - 2000 - 2001*. Rapport de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, Paris, MILDT, 1999, 109 p., ann., Autre source de publication : Paris, La Documentation Française, 2000, 226 p.
Document Toxibase n° 403003

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE - *Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Année scolaire 2000-2001. Bilan* Paris, Ministère de l'Éducation Nationale, Direction de l'Enseignement Scolaire, 2001, 35 p., graph.
Document Toxibase n° 403725

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE DE LA RECHERCHE ET DE LA TECHNOLOGIE ; DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT SCOLAIRE *Lutte contre la drogue et prévention des dépendances. Vers un dispositif en réseau*. Paris, CNDP, 2002, 39 p., fig.
Document Toxibase n° 505404

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE DE LA RECHERCHE ET DE LA TECHNOLOGIE *Campagne de lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées auprès des lycéens*. Publié sur Internet : <http://www.education.gouv.fr/alcool/>, Ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie, 1999, 19p., tabl.
Document Toxibase n° 1000508

MOREL A. ; BOULANGER M. ; HERVE F. ; TONNELET G. - *Prévenir les toxicomanies*. Paris, Dunod, 2000, (Thérapie), 319 p., index.
Document Toxibase n° 504929

NAVARRO F. ; GODEAU E. ; VIALAS C. - *Les jeunes et l'alcool en Europe*. Actes du Colloque interdisciplinaire, Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé de Toulouse, Université de Toulouse 1 - Sciences Sociales -, 2 et 3 décembre 1999, Toulouse, Éd. Universitaires du Sud, 2000, 387 p., graph., tabl.
Document Toxibase n° 700597

PARQUET P. J. - *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*. Rapport Prof. P. J. Parquet, Univ. Droit Santé, Lille, Vanves, Éditions CFES, 1997, 107 p.
Document Toxibase n° 1000290

ROQUES B. ; AEBERHARD P. ; BESSON M.J. ; CAMI J. ; LEPINE J.P. ; STINUS L. ; BEAUVERIE P. ; BOUR M. ; GIROS B. ; MALDONADO R. ; VALLEUR M. - *Problèmes posés par la dangerosité des Drogues*. Paris, Secrétariat d'État à la santé, 1998, 193p., Éd. Odile Jacob, 1999
Document Toxibase n° 504433

SULLEROT E. - *Les problèmes posés par la toxicomanie*. Rapport présenté au nom de la section des Affaires Sociales, Conseil Économique et Social, Paris, 24 Mai 1989, 127 p.
Document Toxibase n° 100201

TROVERO F. ; PIROT S. ; TASSIN J.P. ; FACY F. - *Drogues et toxicomanies : neurobiologie, épidémiologie*. Paris, INSERM-NATHAN, Coll. Dossiers documentaires, 1993, 100 p. [Chap. 8 voir l'évaluation menée dans les écoles de Corse par HADREL P.]
Document Toxibase n° 202433

VENISSE J. L. ; BAILLY D. ; REYNAUD M.
Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention? Paris, Masson, 2002, (Médecine et Psychothérapie), 277 p., tabl., graph.
Document Toxibase n° 505407

Les revues

*** - Dossier : Soixante ans d'éducation pour la santé. La Santé de l'Homme, 2002, (362)

*** - Les drogues : usages, abus, dépendances. La prévention en questions. Santé de l'Homme (La), 1998, (334), 1-57.

Document Toxibase n° 900854

*** - Éducation à la santé : rôle et fonction des personnels d'éducation. recherche et Formation INRP, 1998, (12)

*** - Évaluations. Psychotropes, 1998, 4, (3).

***. Dossier : Ecole et prévention. Les Cahiers de Prospective Jeunesse, 1997, 2, (3)

*** - La santé publique à quel prix ? Esprit, 1997, (229), 13-105

*** - La santé, usages et enjeux d'une définition. Prévenir, Cahiers d'Études et de Réflexions, 1996, (30).

*** - Dossier l'Éducation pour la santé : du discours à la pratique. Actualité et dossier en Santé Publique, 1996, (16).

*** - Dossier Drogues : l'école s'ouvre à la prévention. Interdépendance, 1995, (19), 9-26

*** - L'évaluation. Pratiques, 1987, (44).

*** - L'évaluation au pouvoir. Pour l'Évaluation, 1986, (107)

BAUDIER F. ; CHAN CHEE C. ; DRESSSEN C. ; ARENES J. - *Enquête OMS-CFES. Comportements de santé des enfants d'âge scolaire 11-13-15 ans. Principaux résultats.* Actualité et dossier en santé publique, 1997, (19), 16-22.

Document Toxibase n° 101668

BEAUCHESNE L. - *Les programmes de prévention d'abus des drogues en milieu scolaire.* Les Cahiers de Prospective Jeunesse, 1997, 2, (3), 23-26.

Document Toxibase n° 1000202

BECK F. ; PERETTI-WATEL P. - *Les usages de drogues illicites déclarés par les adolescents selon le mode de collecte.* Population, 2001, 56, (6), 963-986.

Document Toxibase n° 1300273

CHALON L. - *Toxicomanie, prévenir les comportements à risques.* Enfance Majuscule, 2001, (60), 26-31.

Document Toxibase n° 1101038

CHOQUET M. ; GREMY I. ; LAGADIC C. - *Existe-t-il une surconsommation de drogue parmi les jeunes de la région parisienne?* Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 1998, (46), 183-192.

Document Toxibase n° 1100339

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE
Rapports sur les toxicomanies. Les Cahiers du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 1995, (2), 5-53

CRIPS - *Prévention de la toxicomanie en milieu scolaire : expériences européennes.* Paris, Conseil Régionale d'Ile de France, 11 mai 2000, Lettre d'Information du CRIPS, 2000, (54), 8 p.

Document Toxibase n° 205609

DE PERETTI C. ; LESELBAUM N. - *Les jeunes et les drogues : réflexions pour la prévention.* Revue Française de Pédagogie, 1996, (114), 29-43.

Document Toxibase n° 302900

DE PERETTI Ch. - *Les lycéens des banlieues difficiles et les drogues illicites.* Santé Publique, 1998, 10, (3), 313-327.

Document Toxibase n° 303525

DELZENNE V. ; OSSCINI H. ; ANTIPOFF N.
Prévention de la toxicomanie en milieu scolaire. Utilité, limite. Psychologie Médicale, 1993, 25, (12), 1185-1187.

Document Toxibase n° 101098

DEMPY B. - *Prévention des toxicomanies en milieu scolaire dans le département de la moselle.* Échanges Santé-Social, 1997, (85), 67-71.

Document Toxibase n° 303242

GERVAIS Y. ; MARCELLI D. - *Formation et régulation d'équipes d'adultes relais en milieu scolaire.* La Revue Française de Service Social, 1996, (183), 7 p.

Document Toxibase n° 303089

LESELBAUM N. - *L'éducation à la santé en milieu scolaire : quelles approches des conduites addictives ?* Revue documentaire Toxibase, 1997, 1, 1-20.

Document Toxibase n° 204043

LONFILS R. - *La prévention des toxicomanies : une occasion pour l'école ?* Les Cahiers de Prospective Jeunesse, 1997, 2, (3), 27-30.

Document Toxibase n° 1000203

MACQUET P. - *La démarche communautaire en santé : un état d'esprit.* La Santé de l'Homme, 2001, (351).

MACQUET P. - *La santé au cœur de l'espace local : l'approche communautaire est-elle une réponse adaptée ?* La Santé de l'Homme, 1997, (327).

MERCIER C. - *L'évaluation des ressources alternatives : à la recherche de modèles alternatifs en évaluation.* Revue canadienne de santé mentale communautaire, 1985, 4, (2). [voir en particulier les références de l'article]

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ DE LA MARTINIQUE - *Évaluation de la consommation de tabac, alcool et drogues illicites en milieu scolaire.* Bulletin de l'Observatoire de la Santé de la Martinique (Le), 1998, (19), 1-8.

Document Toxibase n° 700565

PICARD V. ; GERBAUD L. ; PERTHUS I. ; LAQUET A. ; CLEMENT G. ; REYNAUD M. ; GLANDDIER P. Y. - *L'alcool chez les adolescents. II. Etude de la consommation d'alcool en milieu scolaire.* Revue du Praticien (La). Médecine Générale, 2002, 16, (574), 743-747.

Document Toxibase n° 803890

RATTE S., SASCO A.J., DUBOIS G., TRAMIER B., JOSSERAN L., DAUTZENBERG B. - *Lutte contre le tabagisme: le second souffle.* Revue Toxibase, 2002, (5), 1-15.

Document Toxibase n° 206232

SEUNIER P. - *L'information dans le processus de prévention : visées et limites.* Les Cahiers de Prospective Jeunesse, 1997, 2, (3), 19-22.

Document Toxibase n° 1000204

SHADILI G. ; CARPENTIER M. - *Prévention des toxicomanies.* Information Psychiatrique (L'), 2001, 77, (10), 1026-1035.

Document Toxibase n° 1100973

**Le prochain thème
de la revue Toxibase
aura pour thème :**

le dopage chez les jeunes