



HAL
open science

Formation des professionnels médico-sociaux scolaires de la Gironde au “ RPIB jeunes ” : impact sur leurs perceptions et attitudes. Étude longitudinale prospective de type “ avant/après ”

Maëlen Le Rouzic

► **To cite this version:**

Maëlen Le Rouzic. Formation des professionnels médico-sociaux scolaires de la Gironde au “ RPIB jeunes ” : impact sur leurs perceptions et attitudes. Étude longitudinale prospective de type “ avant/après ”. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01067893

HAL Id: dumas-01067893

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01067893>

Submitted on 24 Sep 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX 2- UFR DE SCIENCES MEDICALES

Année 2014

N° 61

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par :

Maëlen LE ROUZIC, née le 21.01.1985 à Toulouse

Formation des professionnels médico-sociaux scolaires de la

Gironde au « RPIB jeunes » :

Impact sur leurs perceptions et attitudes.

Étude longitudinale prospective de type « avant/après ».

Sous la direction de:

Dr Philippe CASTERA, Maître de conférences associé en Médecine Générale

Membres du jury :

Pr J-L. DEMEAUX, Professeur en Médecine Générale, Président du jury.

Dr G. DUCOS, Professeur associé en Médecine Générale, Rapporteur.

Dr S. MAURICE, Maître de conférences universitaire-Praticien hospitalier en Santé Publique.

Dr J-R. NELSON, Praticien hospitalier en Pédiatrie, Chef de service au CH de Libourne.

Dr C. BUSTOS, Médecin scolaire- conseiller technique, responsable du service médical des élèves de la Gironde.

Dr Ph. CASTERA, Maître de conférences associé en Médecine Générale.

Serment d'Hippocrate

(Version actualisée et adaptée par les Conseils Nationaux de l'Ordre des Médecins de France et de Belgique)

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je m'engage à œuvrer de mon mieux pour une médecine de qualité, au service des personnes et de la société. Je promets d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver et de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les confidences qui me seront confiées. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera, et j'œuvrerai pour des soins de santé accessibles à tous. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je respecterai toujours la vie et la dignité humaine.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. J'entretiendrai et perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux les services qui me seront demandés et je contribuerai autant que possible au progrès de la médecine.

Même sous la contrainte, je ne ferai jamais usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

Je tiendrai mes professeurs et tous ceux qui m'ont formé en haute estime pour ce qu'ils m'ont appris. J'entreprendrai des rapports respectueux avec mes confrères. Dans l'adversité, je leur apporterai mon aide, ainsi qu'à leurs familles.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Un grand Merci...

À tous ceux qui, de près ou de loin, m'ont aidé et soutenu dans la rédaction de cette thèse, et plus particulièrement :

À Philippe CASTERA, mon directeur de thèse, sans qui cette thèse ne serait pas née, toujours présent, réactif et encourageant à l'autre bout de la toile. Merci de m'avoir fait confiance.

Au Professeur Jean-Louis DEMEAUX pour avoir accepté d'être le président de ce jury de thèse et pour son travail au département de médecine générale.

Au Dr Gérard DUCOS pour avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail et pour ses enseignements en cours tout au long de l'internat.

Au Dr Sylvie MAURICE pour l'aide méthodologique précieuse apportée à mon travail, avec l'aide inégalable d'Eric FRISON, et pour avoir accepté d'être membre de ce jury.

Au Dr Cristina BUSTOS pour avoir toujours répondu présente, même avant le début de cette thèse et tout au long de ce travail, et pour avoir accepté d'être membre de ce jury.

Au Dr Jean- René NELSON pour m'avoir fait si agréablement découvrir la pédiatrie, avec toute son équipe, et pour avoir accepté d'être membre de ce jury.

À l'ISPED, aux 3 étudiants en Master 1 de Santé publique pour les analyses statistiques et à Audrey GONNEAU pour la coordination du travail avec ces étudiants.

Au réseau AGIR 33, à l'ARS d'Aquitaine et à l'Inspection Académique de Bordeaux sans qui cette formation « RPIB jeunes » n'aurait pas eu lieu.

À tous les professionnels médico-sociaux scolaires de la Gironde qui ont participé à ces formations et qui ont pris le temps de répondre à nos questionnaires.

À Eric, maman, Felipe et Nolwenn pour les relectures, la mise en page et l'abstract « in English »...

À Marie- Angélique pour son sauvetage reprographique de dernière minute.

À tous mes maîtres de stage et médecins enseignants,

Et puis surtout:

À Felipe, pour son amour, sa patience et son soutien au quotidien et à notre « ptit loup » à venir. Son mi vida.

*À ma famille, pour leur confiance et leur soutien intemporel, sans qui je n'en serais pas là :
Papa, maman, Gwénolé, Nolwenn, Enora, Noëla, Elizenn. De tout cœur je vous aime.*

Et à mes amis :

À ceux présents depuis l'enfance:

Anaïs, Anna, Daphné, Hélène, Mevanwi et Sklaërenn.

*Et à toutes ces belles rencontres faites durant ce long parcours d'étudiant en médecine,
depuis Rennes en passant par Valencia, Mendoza et enfin l'Aquitaine:*

À Cindy, Clotilde et toute la clic de la P1.

*À Jo, Caro, Hélène, Cécile, Manu, Estelle, Julien, Aurélia ... et toute la fine équipe de lapins roses
d'anim'hosto, pour tous ces moments musicaux inoubliables !*

À Charlotte et Paul, Marie et Fab, Léna et Paulo, Sam,... et tous les copains de stage d'externat.

*À Lyly, aux 2 Laura, Teresia, Maria, Mari et tous les autres pour nos illustres épopées
erasmusiennes en Espagne.*

*A los "argentinos": Pau, Lau, Nacho, Virginia, Gonza, Cristian y los demás, por todos los
momentos increíbles que hemos compartido juntos, y por los que vendrán.*

Et pendant l'internat :

*Aux premières rencontres aquitaines à Marmande, qui furent de qualité ! Marie-Angélique puis
Julien, Olivier, Sandrine, Florent...*

Aux amis faits sur les bancs de la fac de Bordeaux: Julie, Eric et la petite Alice, Maud,...

À ceux rencontrés en stage : Hélène, Raphaëlle, Sophie, ...

*À tous ceux qui ont pu me supporter en coloc durant ces années d'internat : Marie-Angélique,
Coline, Fanny, Maidou, Simon et Gauthier.*

*Et à tous les autres, ceux qui ne rentrent pas dans « les cases », aux quatre coins de la France
et du Monde, mais qui comptent beaucoup pour moi. Ils se reconnaîtront.*

Sommaire

INDEX DES ABRÉVIATIONS	15
INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX	17
FIGURES	17
TABLEAUX	18
1- INTRODUCTION	21
2- JUSTIFICATION	23
2.1. LES JEUNES, UNE POPULATION FRAGILE	23
2.1.1. L'ADOLESCENCE	23
2.1.1.1. Transformations physiques	23
2.1.1.2. Transformations psychiques	24
2.1.1.3. Transformations sociales	25
2.1.2. LE MAL-ETRE	26
2.1.2.1. Généralités	26
2.1.2.2. Expression corporelle du mal être	28
2.1.2.3. La détresse psychologique de l'adolescent	30
2.1.2.4. Les conduites à risque	32
2.1.3. ADDICTIONS ET CONSOMMATIONS A RISQUE	35
2.1.3.1. Généralités	35
2.1.3.2. Tabac	38
2.1.3.3. Alcool	39
2.1.3.4. Drogues illicites	40
2.1.3.5. Les addictions sans produit	41
2.1.3.6. Situation en Aquitaine et en Gironde	44
2.2. LE MILIEU SCOLAIRE, UN LIEU PRIVILÉGIÉ POUR DÉPISTER LE MAL-ÊTRE DES JEUNES.	45
2.2.1. LA CONSOMMATION DE SOIN CHEZ LES JEUNES	45
2.2.2. SPECIFICITES DU MILIEU SCOLAIRE	46
2.2.2.1. Scolarisation obligatoire	46

2.2.2.2. Recours aux soins en milieu scolaire	46
2.2.3. LES MISSIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE SCOLAIRE	47
2.2.3.1. Rôle des médecins scolaires	47
2.2.3.2. Rôle des infirmiers scolaires	48
2.2.3.3. Rôle du Service Social en faveur des Elèves	49
2.3. LE REPÉRAGE PRÉCOCE ET LES INTERVENTIONS BRÈVES (RPIB) CHEZ LES ADOLESCENTS.	50
2.3.1. RPIB : UN PEU D'HISTOIRE.	50
2.3.2. DEFINITION DU RPIB	51
2.3.3. LES OUTILS DE REPERAGE DU MAL ETRE ET DES CONSOMMATIONS A RISQUE CHEZ L'ADOLESCENT	52
2.3.3.1. Le repérage du mal-être	53
2.3.3.2. Le repérage des consommations à risque	56
2.3.4. LES INTERVENTIONS BREVES CHEZ L'ADOLESCENT	57
2.4. LA FORMATION « RPIB JEUNES »	60
2.4.1. CONSTRUCTION DE L'OUTIL DE FORMATION « RPIB JEUNES »	60
2.4.2. MISE EN PLACE DE FORMATIONS EN AQUITAINE : DE LA FORMATION DE MEDECINS GENERALISTES A LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE DE L'ÉDUCATION NATIONALE.	60
2.4.3. OBJECTIFS DE LA FORMATION « RPIB JEUNES »	61
2.4.4. CONTENU DE LA FORMATION « RPIB JEUNES »	61
2.4.5. LES FORMATEURS	62
2.4.6. NECESSITE D'EVALUER LES CHANGEMENTS CHEZ LES PROFESSIONNELS SUITE A CES FORMATIONS.	62
2.5. LA QUESTION DE RECHERCHE	63
2.6. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	63
2.6.1. OBJECTIF PRINCIPAL	63
2.6.2. OBJECTIFS INTERMEDIAIRES	63
3- MATÉRIEL ET MÉTHODES	65
3.1. SCHÉMA DE L'ÉTUDE	65
3.2. POPULATION CIBLE ET POPULATION SOURCE	65
3.3. POPULATION ÉTUDIÉE	65
3.4. OUTILS D'ÉVALUATION ET MODE DE RECUEIL	66
3.4.1. CONSTRUCTION DES QUESTIONNAIRES EVALUANT L'IMPACT DE LA FORMATION SUR LES OPINIONS DES PMSS.	66
3.4.2. CONTENU DES QAA « AVANT » ET « APRES »	67
3.4.3. ADMINISTRATION ET CIRCUIT DES QAA « AVANT » ET « APRES »	67

3.5. CRITÈRES DE JUGEMENT	68
3.5.1. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL	68
3.5.2. CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES	68
3.6. SAISIE ET TRAITEMENT DES DONNÉES	68
3.6.1. SAISIE DES DONNEES	68
3.6.2. ANALYSE DES DONNEES	68
3.6.2.1. Analyse descriptive	68
3.6.2.2. Comparaison des données	69
3.7. ENQUÊTE DE SATISFACTION	70
4- RÉSULTATS	73
<hr/>	
4.1. POPULATION DE L'ÉTUDE	73
4.1.1. NOMBRE DE PARTICIPANTS AUX FORMATIONS ET NOMBRE DE QUESTIONNAIRES.	73
4.1.1.1. Diagramme de flux	73
4.1.1.2. Taux de participation aux formations	73
4.1.1.3. Taux de participation aux QAA	74
4.1.2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	75
4.1.2.1. Professions	75
4.1.2.2. Nombre et lieux de formation	75
4.2. CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL : IMPACT DE LA FORMATION SUR LE SENTIMENT DE SAVOIR AIDER LES JEUNES	78
4.3. ANALYSE DES CRITÈRES DE JUGEMENT SECONDAIRES	79
4.3.1. IMPACT DE LA FORMATION SUR L'IMPORTANCE DES OBSTACLES PERÇUS POUR ABORDER LA CONSOMMATION DE SPA.	79
4.3.1.1. Description des obstacles perçus « avant » formation	79
4.3.1.2. Description des obstacles perçus « après » formation	80
4.3.1.3. Evolution des obstacles entre avant et après formation.	81
4.3.2. IMPACT DE LA FORMATION SUR LES PRATIQUES DECLAREES CONCERNANT LE REPERAGE DES CONSOMMATIONS DE SPA.	83
4.3.3. IMPACT DE LA FORMATION SUR LE SENTIMENT DE SAVOIR ORIENTER LES JEUNES AYANT DES CONSOMMATIONS A RISQUE.	84
4.3.4. DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES PMSS « AVANT » ET « APRES » FORMATION	85
4.3.4.1. Avant formation	85
4.3.4.2. Après formation	86

4.4. IMPACT DE LA FORMATION SELON LA PROFESSION DES RÉPONDANTS	88
4.4.1. SENTIMENT DE SAVOIR AIDER LES JEUNES SELON LA PROFESSION.	88
4.4.2. OBSTACLES PERÇUS POUR ABORDER LES CONSOMMATIONS SELON LA PROFESSION.	89
4.4.3. RECHERCHE DES CONSOMMATIONS DE SPA SELON LA PROFESSION.	89
4.4.4. SENTIMENT DE SAVOIR ORIENTER LES JEUNES SELON LA PROFESSION.	91
4.5. IMPACT DE LA FORMATION SELON LE LIEU DE FORMATION	91
4.5.1. SENTIMENT DE SAVOIR AIDER LES JEUNES SELON LE LIEU DE FORMATION	91
4.5.2. OBSTACLES PERÇUS POUR ABORDER LES CONSOMMATIONS SELON LE LIEU DE FORMATION	92
4.5.3. RECHERCHE DES CONSOMMATIONS SELON LE LIEU DE FORMATION	92
4.5.4. SENTIMENT DE SAVOIR ORIENTER LES JEUNES SELON LE LIEU DE FORMATION	93
4.6. ENQUÊTE DE SATISFACTION	93
4.3.1. POPULATION DE L'ENQUETE DE SATISFACTION	93
4.3.2. SATISFACTION DES PMSS SUITE A LA PARTICIPATION A LA FORMATION « RPIB JEUNES ».	94
4.3.2.1. Quant à l'organisation	94
4.3.2.2. Quant aux intervenants	94
4.3.2.3. Quant au contenu de la formation	95
4.3.3. AVIS DES PARTICIPANTS QUANT AUX MODIFICATIONS A APPORTER A LA FORMATION POUR L'AMELIORER.	96
4- DISCUSSION	99
5.1. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	99
5.1.1. SENTIMENT DE SAVOIR AIDER LES JEUNES	99
5.1.2. OBSTACLES POUR ABORDER LES CONSOMMATIONS DE SPA	99
5.1.3 CARACTERE PLUS OU MOINS SYSTEMATIQUE DU REPERAGE	100
5.1.4. SENTIMENT DE SAVOIR ORIENTER LE JEUNE AYANT UNE CONSOMMATION PROBLEMATIQUE	101
5.1.5. AUTRES DIFFICULTES RENCONTREES	102
5.1.6. ÉVOLUTION DES REPONSES OBTENUES SELON LA PROFESSION	102
5.1.7. ÉVOLUTION DES REPONSES OBTENUES SELON LE LIEU DE FORMATION	104
5.1.8. ENQUETE DE SATISFACTION	106
5.1.9. CONCLUSION PARTIELLE	106
5.2. ATOUTS ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE	107
5.2.1. INTERETS PRINCIPAUX DE CE TRAVAIL	107
5.2.1.1. Une étude originale	107
5.2.1.2. Une population étudiée quasi-exhaustive et représentative de la population cible	107

5.2.1.3. Un outil d'évaluation fiable et reproductible	107
5.2.1.4. Une durée d'étude courte	107
5.2.1.5. Un biais d'attrition faible	108
5.2.1.6. Saisie et traitement des données	108
5.2.1.7. Des résultats non seulement significatifs mais aussi largement positifs	108
5.2.2. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE	109
5.2.2.1. Limites et biais méthodologiques	109
5.2.2.2. Limites et biais des résultats	112
5.2.3. CONCLUSION PARTIELLE	113
5.3. PERSPECTIVES	113
5.3.1. AMELIORER LA FORMATION RPIB JEUNE	113
5.3.2. AMELIORER LE MODE D'EVALUATION DES FORMATIONS FUTURES	115
5.3.3. PERENNISER ET DIFFUSER LA FORMATION « RPIB JEUNES »	117
<u>5- CONCLUSION</u>	<u>119</u>
<u>6- BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>121</u>
<u>7- ANNEXES</u>	<u>139</u>
ANNEXE I: HSBC, ESPAD, ESCAPAD	139
ANNEXE II: TABLEAU DE COMPARAISON DES NIVEAUX D'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES A 17 ANS EN 2011, SELON LE SEXE, EN AQUITAINE ET EN FRANCE METROPOLITAINE.	140
ANNEXE III: QUESTIONNAIRES DE REPERAGE DU MAL-ETRE ET DU SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENTS NON VALIDES EN FRANCE.	141
ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE TSTS- CAFARD	143
ANNEXE V: QUESTIONNAIRE ADOSPA	144
ANNEXE VI: QAA « AVANT » ET « APRES »	145
ANNEXE VII : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION	146
ANNEXE VIII: QAA « AVANT » : REPONSES A LA QUESTION OUVERTE « DIFFICULTES RENCONTREES » SELON LE LIEU DE FORMATION ET LA PROFESSION.	147
ANNEXE IX: QAA « APRES »: REPONSES A LA QUESTION OUVERTE « DIFFICULTES RENCONTREES » SELON LE LIEU DE FORMATION ET LA PROFESSION.	150
ANNEXE X: LIENS ENTRE LIEU DE FORMATION ET LES REPONSES AUX QAA	152

ANNEXE XI: QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION: REPONSES A LA QUESTION OUVERTE FINALE « AMELIORATIONS A APPORTER A LA FORMATION » SELON LE LIEU DE FORMATION. 155

ABSTRACT **159**

Index des abréviations

RPIB: Repérage Précoce et Intervention Brève.

SPA: Substance(s) psycho-active(s)

PMSS: Professionnels Médico-Sociaux Scolaires.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HBSC: Health Behaviors in School-aged Children

CUB : Communauté Urbaine de Bordeaux

EDM : Episode dépressif majeur

TS : Tentative de suicide

IVG: Interruption Volontaire de Grossesse

ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense.

API: Alcoolisation(s) Ponctuelle(s) Importante(s)

MG: Médecin(s) Généraliste(s)

IS: Infirmier(s) scolaire(s)

MS: Médecin(s) scolaire(s)

AS : Assistant(s) social(aux) scolaire(s)

RP : Repérage Précoce

IB : Intervention Brève

OFDT : Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie

MILDT : Mission interministérielle de Lutte contre les drogues et la toxicomanie

HAS : Haute Autorité de Santé

TSTS: Traumatologie, Sommeil, Tabac, Stress scolaire ou familial

CAFARD : Cauchemar, Agression, Fumeur, Absentéisme scolaire, Ressenti Désagréable familial

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

ADOSPA: Auto-Détente-Oubli-Solitude-Problèmes-Amis/Famille

ARS : Agence Régionale de Santé

QAA : Questionnaire auto-administré

ISPED : Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement

Index des figures et tableaux

Figures

Figure 1: Pourcentage de jeunes de 15-19 ans ayant fait une tentative de suicide au cours de leur vie en 2010, par région	32
Figure 2: Stades motivationnels selon Prochaska	58
Figure 3: Diagramme de flux.....	73
Figure 4: Répartition des répondants aux QAA avant et après selon le lieu de formation	76
Figure 5: Importance des obstacles relatifs aux PMSS pour aborder les consommations de SPA avant et après formation.....	81
Figure 6: Importance des obstacles relatifs aux jeunes et aux autres pour aborder les consommations de SPA avant et après formation.....	82
Figure 7: Satisfaction des participants par rapport à l'organisation matérielle et logistique de la formation	94
Figure 8: Satisfaction des participants face aux intervenants	94
Figure 9: Impact de la formation sur les connaissances et la pratique future	95

Tableaux

Tableau 1: Nombre de QAA obtenus avant et 3 mois après la formation, selon le lieu et la date de formation.	74
Tableau 2: Répartition de la population étudiée et de la population cible selon la profession..	75
Tableau 3: Participation déclarée à une formation antérieure, selon la profession.....	77
Tableau 4: Participation à des formations antérieures sur les modalités des interventions brèves selon le lieu de formation.....	77
Tableau 5: Sentiment de savoir aider les jeunes avant et après formation.....	78
Tableau 6: Importance des différents obstacles pour aborder la consommation de SPA perçus par les PMSS avant formation.....	79
Tableau 7 : Importance des différents obstacles pour aborder la consommation de SPA perçus par les PMSS après formation.....	80
Tableau 8: Situations dans lesquelles sont recherchées les consommations de SPA chez les jeunes par les PMSS	83
Tableau 9: Sentiment de savoir orienter les jeunes avant et après formation	84
Tableau 10: Difficultés rencontrées par les PMSS avant formation	85
Tableau 11: Difficultés rencontrées par les PMSS après formation	87
Tableau 12 : Sentiment des PMSS de savoir aider les jeunes selon la profession avant et après la formation.....	88
Tableau 13: Importance de l’obstacle « <i>la personne minimise systématiquement les quantités consommées</i> » selon la profession après formation.....	89
Tableau 14: Recherche des consommations selon la profession avant formation.....	90
Tableau 15: Recherche des consommations selon la profession après formation.....	90
Tableau 16: Évolution du sentiment de savoir orienter les jeunes entre avant et après la formation..	91
Tableau 17: Impact de la formation sur les connaissances et la pratique future selon le lieu de formation	96

1- Introduction

L'adolescence est une période de transformations multiples et profondes, bouleversant la vie des jeunes qui la traverse, rendant cette tranche d'âge particulièrement fragile. La souffrance psychique y est plus présente que dans le reste de la population (1; 2). Le suicide est d'ailleurs la deuxième cause la plus fréquente de mortalité à cet âge (3). Or, paradoxalement, les adolescents consultent assez peu en médecine de premier recours (4; 5), ou bien pour des motifs bénins, et leur mal-être reste souvent inaperçu (1; 6). L'adolescence est aussi la période des expérimentations, où s'initient les comportements à risque (1; 2), dont les consommations de substances psychoactives (SPA). Celles-ci sont de plus en plus préoccupantes ces dernières années chez les jeunes français (7), et plus particulièrement en Aquitaine (8).

L'efficacité du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) sur les consommations déclarées de SPA a été démontrée par de nombreuses études internationales (9; 10). Cette pratique est soutenue par les pouvoirs publics en France, avec la promulgation en 2006 d'une circulaire sur la diffusion de la formation au RPIB (11). L'Aquitaine a toujours été une région pilote dans ce domaine. Dans ce contexte, le réseau d'addictologie AGIR 33 a décidé, en 2008, de développer un nouveau RPIB adapté à la population jeune, dit « RPIB jeunes », puis de former spécifiquement un maximum de professionnels travaillant au contact des jeunes en Aquitaine. Il s'agit de favoriser le repérage du mal-être et des consommations problématiques le plus précocement possible, d'identifier les contextes ou les pathologies susceptibles d'en être la cause, et de proposer une intervention brève avant la constitution de complications plus difficilement remédiables, nécessitant souvent des prises en charge lourdes et pluri-disciplinaires. Un partenariat entre AGIR 33 et l'Éducation Nationale a permis de former au « RPIB jeunes » la quasi-totalité des professionnels médico-sociaux scolaires (PMSS) travaillant dans les collèges et lycées de la Gironde entre avril 2012 et mai 2013. Dans ce cadre, il nous a paru important d'explorer l'impact de cette formation sur les perceptions et attitudes déclarées des participants. Notre question de recherche est donc la suivante :

La formation au « RPIB jeunes » modifie t'elle les opinions des professionnels médico-sociaux scolaires sur les difficultés qu'ils rencontrent lors du repérage et de la prise en charge des jeunes scolarisés présentant un mal-être et/ou des consommations problématiques?

Après avoir justifié notre travail, nous présenterons la méthodologie utilisée puis décrirons les résultats, que nous discuterons avant de finir par une brève conclusion.

2- Justification

2.1. Les jeunes, une population fragile

2.1.1. L'adolescence

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un adolescent est tout individu âgé **de 10 à 19 ans**. En France métropolitaine, ils sont 7.771.643 au 1^{er} janvier 2013, ce qui représente un peu plus de **12% de la population française** (12).

Situation en Aquitaine et en Gironde

Au 1er janvier 2012, presque 380 000 jeunes de 10 à 19 ans vivaient en Aquitaine. Le département de la Gironde regroupe près de la moitié de ces jeunes Aquitains, avec 180 000 adolescents sur son territoire (13), ce qui représente plus de 12% de la population du département et place donc la Gironde dans la moyenne nationale.

L'adolescence est une **période de transition** entre l'enfance et l'âge adulte (1), marquée par de profondes transformations physiques, psychiques et sociales, rendant le jeune particulièrement vulnérable. C'est aussi une **phase d'expérimentation** au sens large: du corps, des émotions, de l'intellect, des relations sociales...

En termes de prévention et de santé publique, il est important de s'intéresser aux adolescents car ils **acquièrent**, durant cette période, **des modes de vie et des comportements susceptibles d'affecter leur santé** et qui tendent à perdurer à l'âge adulte.

2.1.1.1. Transformations physiques

Durant l'adolescence, le jeune voit son apparence se métamorphoser: Son corps asexué d'enfant se transforme en celui d'un adulte, doué de la fonction de reproduction.

Cette période de modifications physiques, que l'on appelle **puberté**, est due à l'activation de l'axe hypothalamo-hypophysaire permettant la maturation gonadique (ovaires ou testicules) et l'apparition des caractères sexuels secondaires (pilosité, modification de la répartition des masses musculaires et graisseuses...) (1; 14; 15).

L'âge de survenue de la puberté, entre 9 et 15 ans, varie selon le sexe mais aussi d'un individu à l'autre, expliquant une grande **hétérogénéité de développement** morphologique dans une même classe d'âge.

L'adolescent doit alors **s'approprier un corps et des désirs nouveaux**, qui s'imposent à lui, modifiant son image de lui-même et ses relations aux autres. Cette puberté place le corps au cœur de la problématique adolescente (2; 16).

2.1.1.2. Transformations psychiques

L'adolescence est le siège d'un travail psychique intense, complexe et conflictuel aboutissant au deuil de l'enfance, et à la **construction d'une identité d'adulte sexué, autonome, intégré dans une société**. Il s'agit d'un processus dynamique, soumis à des tensions contradictoires, entre le besoin d'attachement et le désir d'indépendance (1), durant lequel l'adolescent doit intégrer des contraintes multiples (2) :

Des contraintes internes, liées aux modifications de son corps.

L'adolescent est toujours inquiet de ne pas savoir comment gérer ce corps nouveau, et de ce que « les autres » pourraient penser de lui: « Est ce qu'ils vont comprendre mon changement et me reconnaître en tant qu'individu à part entière?» (1; 16). L'apparence physique devient alors une préoccupation centrale. Certains adolescents cherchent même à marquer leur peau (piercing, tatouages...), comme un rite marquant le passage de l'enfance à l'âge adulte (16).

Paradoxalement, concentré sur l'image qu'il doit donner aux autres, l'adolescent tend souvent à négliger ses besoins corporels (sommeil, alimentation...) et sa santé.

Par ailleurs, le jeune doit aussi apprendre à reconnaître ses désirs et ses pulsions naissantes, à les satisfaire (premières relations amoureuses, masturbation,...) ou bien, au contraire, à les inhiber, pour répondre à des règles de morale et de société, et à réinvestir cette énergie dans d'autres activités (physiques, intellectuelles, artistiques...) (2; 16).

Ce travail psychique, visant à assumer ce corps sexué, n'est pas toujours facile, l'adolescent étant souvent confronté à un **sentiment d'insécurité face à ce corps**, voire de honte (2; 16).

Dans ce contexte, les minorités sexuelles sont particulièrement vulnérables (17).

Des contraintes externes, liées à ses relations aux autres et à la société.

L'enjeu est de devenir acteur de son existence, en recherchant des sources d'identification extérieures à la famille et en s'émancipant peu à peu vis-à-vis de la pensée parentale, seule référence jusqu'alors. Ainsi le jeune peut construire sa propre réflexion et devenir un individu à part entière, intégré dans la société (1; 2).

Paradoxalement, pour pouvoir se forger sa propre identité, l'existence d'un **lien sûr avec ses parents** est nécessaire, servant de base d'appui à la prise d'autonomie de l'adolescent (2).

Parallèlement, par des mécanismes d'identifications, l'adolescent part à la recherche d'un idéal du moi (c'est-à-dire d'une image de lui-même qui lui paraisse satisfaisante) en **développant des relations sociales** autour de lui (1; 2). En quête de valeurs et de réponses à ses questionnements, l'adolescent ressent le besoin d'élargir ses centres d'intérêts au-delà du cercle familial, de partir à la rencontre de l'inconnu et de se confronter au monde. En multipliant ces sources d'information, il forge ses opinions sur la vie, intègre un code moral et façonne sa personnalité. L'autorité parentale est alors souvent remise en cause.

En parallèle, le jeune ressent le **besoin de se fondre dans la « normalité »** pour mieux s'intégrer (crainte de ne pas avoir de relations sexuelles avant l'âge moyen statistique, nécessité de fumer pour faire « comme les autres »...) (1; 2).

Tous ces processus lui permettent de **se projeter dans l'avenir**, de s'intégrer dans notre monde contemporain et de répondre aux exigences de la société.

Dans cette construction identitaire, l'adolescent est tiraillé entre un sentiment d'invulnérabilité et un manque de confiance en lui, un besoin de satisfaction et de reconnaissance immédiat, sans prendre le temps d'apprécier les conséquences de ses actes.

2.1.1.3. Transformations sociales

La présence d'un entourage social étayant est indispensable dans le développement psychique de l'adolescent.

Tout d'abord, par la création de liens amicaux avec ses pairs, offrant au jeune la possibilité d'acquérir une indépendance relationnelle vis-à-vis de ses parents (2). Ces liens amicaux lui permettent à la fois de satisfaire le besoin d'être aimé et reconnu, et aussi de développer un sentiment d'appartenance à un groupe (2). L'adolescent partage alors avec ses pairs des normes, des valeurs et des modèles comportementaux, et construit peu à peu son identité sociale et culturelle d'adulte. **L'intégration dans un groupe de pairs** joue un rôle essentiel dans sa construction en tant qu'individu, mais aussi dans le sentiment de bien-être ressenti par l'adolescent. Même si ce groupe peut parfois avoir des répercussions négatives sur le jeune (consommation de substances psychoactives, conduites à risque...) (1; 2).

Par ailleurs, **la vie scolaire** prend une place importante dans la vie de l'adolescent. Celle-ci a, en général, un impact positif sur le jeune, favorisant sa construction identitaire en enrichissant son savoir, son sens critique et ses relations sociales. Cependant, dans certains cas, l'école

peut aussi avoir des conséquences plus négatives sur sa santé et majorer la probabilité de comportements à risque (18; 19): stress, échec scolaire, isolement, harcèlement scolaire,...

Enfin, **la famille** continue à exercer une influence primordiale sur le développement physique, social et émotionnel de l'adolescent. En effet, il a été démontré qu'une **communication intrafamiliale** de bonne qualité, associée à la présence d'un certain **contrôle parental**, agissait comme un facteur protecteur face à la survenue de troubles psychologiques et de comportements à risque (19; 20). Le **statut socio-économique** familial joue aussi un rôle important dans le développement de l'adolescent, les comportements à risque paraissant plus nombreux chez les jeunes issus de milieux défavorisés (19; 20).

Cependant, dans la société actuelle, qui prône l'individualisme, les jeunes bénéficient de moins en moins des anciens systèmes de référence sur lesquels ils pouvaient s'appuyer auparavant: L'influence parentale et la barrière intergénérationnelle s'effacent et la structure familiale se modifie (2). Il en résulte un surinvestissement des capacités de maîtrise de l'enfant et un appauvrissement du dialogue et des débats avec l'adulte. L'adolescent se retrouve de plus en plus seul face à ses incertitudes, ses questionnements et ses angoisses, sources d'un mal-être qu'il doit apprendre à exprimer autrement.

Pour résumer, la métamorphose corporelle qui s'impose à l'adolescent et la quête identitaire qui l'anime engendrent en lui des conflits violents, qu'il arrive plus ou moins à résoudre, en s'appuyant sur son entourage. Cet état de lutte permanent peut se révéler douloureux et être à l'origine de sentiments multiples (honte, tristesse, angoisse...) que l'adolescent doit pouvoir exprimer, d'une manière ou d'une autre (1; 2).

2.1.2. Le mal-être

2.1.2.1. Généralités

Être en bonne santé physique et psychique constitue un atout important pour franchir cette période charnière qu'est l'adolescence. À cet âge, **la plupart des jeunes sont objectivement en bonne santé**, avec des taux de mortalité et de morbidité inférieurs à ceux des adultes ou des enfants plus jeunes (21; 22).

Bien que la majorité des adolescents perçoivent leur santé comme bonne ou excellente et soient satisfaits de leur vie, **ils restent nombreux à exprimer un certain mal-être**. En effet,

selon l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) de 2010 (19), 10% des garçons et plus de 15% des filles de 11 à 15 ans ne se perçoivent pas en bonne santé, ou n'estiment pas avoir une bonne qualité de vie, ce qui représente plus de 500 000 jeunes Français ! (12; 19).

Comme décrit dans le chapitre précédent, l'état de santé des adolescents et leur perception plus ou moins positive de la vie, sont étroitement liés à (19; 20):

- Leur **environnement familial** (disponible et sécuritaire ?)
- Leur **niveau socio-économique**
- Leur **histoire de vie** (existence de traumatismes infantiles ? Antécédents personnels et familiaux)
- Leurs **relations sociales** (satisfaisantes ?)
- Au **climat scolaire**

Le mal-être s'exprime alors par des « **symptômes de rupture** » (1; 23) , qui peuvent prendre de multiples visages :

- **Somatiques** : troubles du sommeil, douleurs multiples, prise ou perte de poids...
- **Psychologiques** : dépression, tentatives de suicide,...
- **Comportementales** : conduites à risque, hétéro-agressivité, hyper-investissement dans les jeux vidéos, rapports sexuels précoces et non protégés,...
- **Sociales** : isolement, marginalisation, victimisation, échec scolaire/absentéisme, désintérêt pour les loisirs,...
- **Familiales** : conflits, violence, fugues, rupture des liens familiaux,...

Toute manifestation en rupture avec une trajectoire antérieure est un signal d'alarme.

Il existe un clivage dans l'expression de cette souffrance selon le sexe (23; 24) :

- Les **conduites de l'«agir»** sont plus l'apanage des **garçons**: recherche de sensations fortes, dépassement des interdits et de ses propres limites, besoin de se confronter au danger (consommations de substances psychoactives, prises de risques sur la route, hétéro-agressivité...).
- Les **filles**, quant à elles, sont plus discrètes, exprimant leur mal-être par des **troubles «internalisés»** et **«corporalisés»**: plaintes somatiques, malaises, troubles des conduites alimentaires, passages à l'acte auto-agressifs, fugues, prises de psychotropes, conduites sexuelles à risques...

Cinq facteurs de gravité sont à rechercher devant ces symptômes de rupture (23; 25):

- Leur **précocité** d'apparition
- Leur **cumul**
- Leur **intensité**
- Leur **répétition** et leur **persistance** dans le temps
- L'**inversion** des différentes formes de rupture **selon le sexe**

L'acronyme mnémotechnique « **PIRE** », développé par AGIR 33 pour le « RPIB jeunes », peut alors être utilisé: Plus les manifestations de rupture sont **Précoces**, **Intenses**, **Régulières** et mènent à l'**Exclusion**, plus elles sont inquiétantes, pouvant mener le jeune jusqu'au suicide.

2.1.2.2. Expression corporelle du mal être

2.1.2.2.1. Les plaintes somatiques

Dans l'expression du mal-être, une **symptomatologie somatique multiple et/ou répétée** peut être au premier plan. Ces plaintes, très diverses, touchent 10 à 20% des adolescents, mais sont deux fois plus fréquentes chez les filles: douleurs abdominales, céphalées, dorsalgies ou malaises récurrents... (19). Ainsi, presque la moitié des jeunes filles de 3^e déclarent avoir présenté au moins deux symptômes différents plus d'une fois par semaine durant les 6 derniers mois (vs 29% des garçons) (19). Ce « syndrome de plainte » est associé dans 30% des cas à un faible niveau de satisfaction de la vie (19).

Situation en Aquitaine et en Gironde

Parmi les lycéens de la Communauté Urbaine de Bordeaux (CUB), plus de 80% disent avoir présenté au moins une plainte somatique le mois précédent (95% des filles vs 69% des garçons), et près de 20% disent en avoir eu au moins à 3 reprises, avec une prédominance féminine franche (26).

2.1.2.2.2. L'alimentation et le poids

Les transformations physiques induites par le processus de puberté placent le **corps au cœur de la problématique adolescente** (1; 2; 16). Nombre d'adolescents ont du mal à accepter cette sexualisation de leur corps, et présentent une certaine dysmorphophobie. Ce phénomène est prédominant chez les jeunes filles (27-29). Ainsi, **plus de 30% des adolescentes françaises ayant un poids normal ou insuffisant¹, se trouvent trop grosses et déclarent avoir besoin de**

¹ La corpulence d'une personne est définie à partir de l'indice de masse corporelle (IMC= rapport poids/ taille²).
Chez l'adulte :

perdre du poids (contre 15% chez les garçons) (19). Des résultats similaires ont été observés chez les lycéennes de la CUB en 2010-2011 (26). Cette insatisfaction vis-à-vis de sa propre image est susceptible de générer une détresse psychologique importante: sentiment de honte, de culpabilité, symptomatologie anxieuse et/ou dépressive, ou bien conduire au développement de troubles des conduites alimentaires (27-29).

Deux types de comportements opposés peuvent alors surgir (29) :

- **L'hyper-contrôle de son alimentation**, souvent secondaire à une peur de perte de contrôle: restrictions alimentaires, tabagisme pour réduire son appétit, conduites de purge, pratique de sport à outrance, pouvant mener au développement d'une anorexie mentale ou d'une boulimie. Ainsi, selon les résultats du baromètre santé de 2010, 30% des jeunes filles françaises de 15-19 ans déclaraient avoir, à plusieurs reprises dans leur vie, perdu le contrôle de leur alimentation, ou avoir eu peur de le perdre, ce qui les aurait conduit à adopter des mesures restrictives volontaires (vomissement...) ou bien à se dissimuler pour manger (5).
- **L'absence de continence alimentaire**, comme symptôme de mal-être (30) (grignoter, manger n'importe quand ou n'importe quoi pour oublier...), menant au développement d'un surpoids, ce qui concerne plus de 15% des adolescents français (31), voire d'une obésité. En effet, le fait de « manger énormément sans pouvoir s'arrêter » ou de « manger en cachette » est deux fois plus fréquent chez les jeunes en situation de détresse que chez les autres (5).

2.1.2.2.3. Les troubles du sommeil

Le sommeil joue un rôle fondamental dans le développement intellectuel, la croissance, la santé, ainsi que dans l'équilibre psychologique et émotionnel de l'adolescent (32).

Cependant, la **réduction du temps de sommeil** (moins de 7h par nuit) est **courante** chez les adolescents, concernant 1 élève sur 5 en classe de 3e (19; 33). D'autre part, plus de 30% des collégiens se plaignent de **troubles d'endormissement** hebdomadaires, voire quotidiens pour 18,5% d'entre eux, avec une prédominance féminine (5; 19). Or, un sommeil insuffisant, ou de mauvaise qualité, entraîne des **répercussions négatives** sur le fonctionnement physique, psychique et social du jeune, ainsi que sur sa sensation de bien-être (34).

- surpoids : $IMC \geq 25$ et < 30 kg/m^2

- obésité : $IMC \geq 30$ kg/m^2

- surcharge pondérale : $IMC \geq 25$ kg/m^2 (inclut l'obésité)

- Poids insuffisants : $IMC < 18$ kg/m^2

Chez l'enfant, l'IMC doit être reporté sur les courbes de corpulences selon l'âge et le sexe pour être interprété.

Au contraire, un **hyper-investissement dans le sommeil** peut tout aussi bien être un symptôme de mal-être, voire de dépression (35) : dormir pour se calmer/s'apaiser, dormir pour oublier...

2.1.2.2.4. La prise de médicaments

Les prises médicamenteuses régulières sont loin d'être négligeables à l'adolescence, plus fréquentes chez les filles que chez les garçons et augmentant avec l'âge (36). Cela concerne principalement une symptomatologie somatique (19). Cependant, **la prise de médicaments à but hypnotique et anxiolytique reste importante**: À 17 ans, 41% des jeunes ont déjà eu recours à ce type de médicaments, et presque 15% d'entre eux en ont consommé récemment (37). Ces jeunes ont d'abord recours à la phytothérapie et à l'homéopathie (dans 30% des cas) puis viennent ensuite les tranquillisants (15%), les somnifères (10,7%) et les antidépresseurs (5,6%) (37). L'usage de ces médicaments peut parfois être détourné, dans le but de « se droguer » (19; 37).

2.1.2.3. La détresse psychologique de l'adolescent

2.1.2.3.1. La dépression

L'apparition de **sentiments dépressifs modérés et transitoires** est un phénomène **fréquent et** pouvant être **normal** à l'adolescence, touchant 30 à 45% des adolescents, majoritairement les filles (19; 38).

Chez les adolescents les plus fragiles, cette souffrance psychique peut mener à la survenue d'un épisode dépressif majeur caractérisé (EDM) (35). Cette maladie à une prévalence annuelle autour de 4% chez l'adolescent (39; 40), ce qui en fait **une des pathologies les plus fréquentes durant cette période** de l'existence. La dépression a un impact majeur sur la construction psychique, les capacités d'adaptation et le fonctionnement social de l'adolescent, mais aussi sur sa santé future. En effet, l'EDM majorent le développement de comportements à risque (41; 42) et a tendance à se chroniciser et perdurer à l'âge adulte (43; 44).

De plus, les idées suicidaires font partie des symptômes de l'EDM (35; 38) : **un tiers** des adolescents présentant un EDM **feraient une tentative de suicide** et **2 à 8 %** d'entre eux **décèderaient de suicide** dans les dix ans qui suivent (44).

2.1.2.3.2. Les passages à l'acte auto-agressifs

➤ *Les blessures volontaires auto-infligées*

Le passage à l'acte auto-agressif est une modalité d'expression du mal-être de l'adolescent, seul moyen trouvé par ce jeune pour exprimer sa souffrance et la soulager temporairement (45). Selon la littérature, les violences auto-infligées concerneraient plus de **15% des adolescents**, majoritairement de sexe féminin (46). Elles se caractérisent le plus souvent chez les jeunes filles par des brûlures et/ou coupures (avant-bras, cuisses..) et chez les garçons par des ecchymoses ainsi que des traces de lutte. Il faut noter que ces adolescents sont plus à risque de développer des idées suicidaires et/ou un trouble de l'humeur (47).

➤ *Le suicide*

Le suicide est la **deuxième cause de mortalité** chez les jeunes français de 15-24 ans, soit environ 600 décès par an (3; 48), sachant que ce nombre de décès serait sous-estimé d'environ 10 à 20 % (49) . Chaque année, environ 50 000 jeunes sont hospitalisés en France après avoir fait une tentative de suicide (TS), ce qui constitue la **principale cause d'hospitalisation des jeunes femmes**, hors grossesse (50).

La TS est l'ultime expression du mal-être de l'adolescent (1; 2; 38; 51). Or 4% des jeunes de 15-19 ans déclarent avoir déjà fait une TS au cours de leur vie (6,8% des filles vs 1,4% des garçons), et un tiers d'entre eux en ont déjà fait plusieurs (5). Paradoxalement, alors que les idéations suicidaires et les TS sont plus fréquentes chez les femmes, le taux de mortalité par suicide est 4 fois plus élevé chez les hommes, qui utilisent souvent des méthodes plus létales (48; 52). Il semble toutefois que la proportion de passages à l'acte violent chez les jeunes filles tendrait à augmenter (5; 50).

Les adolescents à risque suicidaire sont ceux qui **multiplient les conduites de rupture** (6; 23; 45; 51). En effet, les facteurs de risques de suicide chez les jeunes sont identiques à ceux du mal-être, auxquelles se surajoutent l'impact des antécédents psychiatriques personnels et familiaux (45). L'adolescent n'a souvent que confusément conscience des raisons de son passage à l'acte suicidaire, le facteur déclenchant étant la survenue d'un événement stressant, parfois minime, se surajoutant à un mal-être préexistant (5; 38; 51). **La majorité de ces jeunes ont rencontré un professionnel de santé durant les semaines précédant leur passage à l'acte**, souvent pour des motifs bénins (6).

La **fréquence des récurrences est importante**, de l'ordre de 30 à 40% dans l'année qui suit, souvent associée à une escalade dans la prise de risque : ainsi, **plus de 10% décèdent par**

suicide dans les 10 ans (45; 53). C'est pourquoi, une TS chez un adolescent doit toujours être prise en compte et ne jamais être banalisée. En pratique en 2010, **40% des jeunes suicidants n'ont eu recours à aucune structure ou professionnel de santé après leur dernière TS** (5) ! Seuls 20 à 30% des adolescents à risque suicidaire seraient concernés par une pathologie psychiatrique sous-jacente (54).

Situation en Aquitaine

Une enquête réalisée en 2001 en Gironde, montrait que 11,3% des filles et 6,6% des garçons scolarisés en collèges déclaraient s'être infligé des blessures volontairement (55).

D'autre part, l'Aquitaine se situe dans les régions de France ayant la plus forte proportion de jeunes suicidants de 15-19 ans (5) : La prévalence du suicide en 2010 était de presque 5 pour 100 000 jeunes, ce qui représente une dizaine de décès par an (56) (Figure 1).

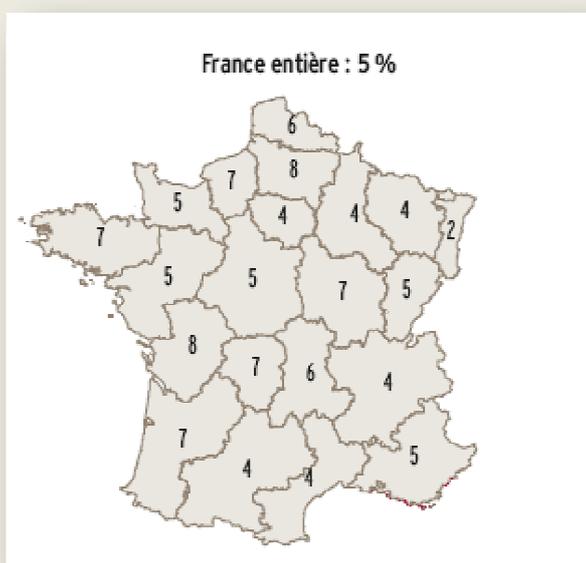


Figure 1: Pourcentage de jeunes de 15-19 ans ayant fait une tentative de suicide au cours de leur vie en 2010, par région - source: baromètre santé 2010, INPES

2.1.2.4. Les conduites à risque

Dans sa construction identitaire, l'adolescent a besoin de vivre de nouvelles expériences et de prendre des risques. Cette prise de risque, quand elle est adaptée, constitue un processus normal et structurant, permettant au jeune d'avoir une meilleure connaissance de lui-même et de ses limites, de s'approprier son environnement et de s'affirmer comme individu indépendant, en obtenant la reconnaissance de son entourage (1; 23; 25).

Toutefois, quand la **recherche du danger** est **répétée** et implique la **mise en jeu de la santé et/ou de la vie** de l'adolescent, on parle de « **conduite à risque** ». Ces conduites, plus

fréquentes chez les garçons, sont alors un mode d'expression d'une certaine souffrance psychique chez le jeune (1; 25): Prendre des risques pour oublier, pour évacuer son angoisse, pour se prouver que l'on est vivant...

2.1.2.3.1. Accidents de la route

En France, **un quart des morts sur la route** et près de **30% des blessés graves concernent des jeunes de 15-24 ans** (57). Ainsi, les accidents de la voie publique représentent la **première cause de mortalité à l'adolescence** (3). Paradoxalement, les jeunes ont souvent une parfaite connaissance de tous les facteurs de risque liés à la conduite (alcool, vitesse, fatigue, non port du casque...) et de leurs conséquences. Cependant, les bénéfices liés à la prise de risque leur semblent tels qu'ils n'en perçoivent plus les dangers (58). Dans certains cas, l'adolescent a aussi du mal à faire le lien entre son comportement et ses conséquences : ainsi, 90% des jeunes ayant eu un accident de la route rejettent la responsabilité de celui-ci de manière systématique (58).

Situation en Aquitaine et en Gironde

En 2012, 242 jeunes de 15-19 ans ont été tués ou gravement blessés dans un accident de la circulation survenu en Aquitaine. Ils représentent presque 15% de l'ensemble des tués ou blessés graves dans la région (59). Il faut noter que plus d'un accident mortel sur 5 met en cause un jeune de moins de 25 ans en Gironde! (60)

2.1.2.3.2. Les conduites sexuelles à risque

En France, l'âge médian du premier rapport sexuel se situe autour de 17 ans et demi (19; 61). Toutefois, plus de **25 % des garçons et 14 % des filles déclarent avoir eu des rapports sexuels précoces**, c'est à dire **avant 15 ans** (dont 10% des garçons et 4% des filles avant 13 ans) (19). Or, la précocité des relations sexuelles est généralement **corrélée à une plus grande prise de risque** à l'égard des maladies sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées (62; 63). De plus, elle est souvent associée à d'autres comportements à risque: tabagisme, ivresses, usage de cannabis, sorties nocturnes fréquentes, absentéisme scolaire... (64; 65).

Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) concernent un peu plus de 1% des femmes de 15-17 ans en France, soit presque 12 000 jeunes filles en 2010 (66). Cette prévalence n'a cessé de progresser chez les plus jeunes depuis 1990 (19; 67). Cela n'est souvent pas dû à un défaut de connaissance autour de la contraception, domaine dans lequel beaucoup de progrès ont été fait (19; 67). En effet, la grossesse peut aussi être un moyen corporel d'exprimer son mal-

être, que l'adolescente s'inflige, de manière plus ou moins impulsive, comme un appel à l'aide ou bien comme preuve de sa fertilité, et donc de sa normalité (19; 67). Le recours à l'IVG peut alors être considéré comme un passage à l'acte pour interpeller l'adulte et trouver un sens à son existence (67).

Situation en Aquitaine et en Gironde

En 2007, 588 IVG ont concerné des jeunes filles mineures en Aquitaine (68). Avec un taux de 10,6 pour mille femmes mineures en 2010, l'Aquitaine occupe le 11^{ème} rang sur les 22 régions métropolitaines (66).

2.1.2.3.3. Les violences

La violence peut être infligée à autrui ou subie, elle peut être psychologique, verbale ou bien physique. Les **jeunes** apparaissent **davantage exposés aux violences interpersonnelles** de toutes natures que le reste de la population. En effet, 60% des violences physiques et 50% des violences sexuelles subies par les français ont eu lieu à l'adolescence (69).

➤ **Les jeunes victimes**

Durant l'année scolaire 2010-2011, 35% des collégiens et lycéens français ont été victimes de violence physique ou verbale. Ces violences ont lieu majoritairement à l'école (70; 71).

Quelque soit le mode d'expression de cette violence, elle **touche particulièrement les jeunes les plus vulnérables**, sur le plan physique ou psychique (69; 71), et a des répercussions négatives sur la santé : dommages physiques, isolement social, anxiété, diminution de l'estime de soi, conduites addictives, dépression voire suicide (69; 72).

Les différents types de violences subies sont fortement corrélés: plus de 90% des personnes ayant subi des coups, ou tentatives de coups, déclarent avoir aussi subi d'autres types de violences (69; 70), alors que plus de 80% des élèves n'ayant subi aucune violence psychologique ne déclarent pas non plus de violence physique (70).

Le cumul des faits de violence signale les jeunes les plus inquiétants et les plus en souffrance.

➤ **Les jeunes agresseurs**

Les auteurs de violences verbales et psychologiques sont nombreux au collège : plus d'un élève sur 4 déclare s'y être livré plus d'une fois, autant les filles que les garçons (19). Par contre, seuls 10% des collégiens déclarent utiliser la violence physique de manière répétée, avec une nette prédominance masculine (19). Cette **hétéro-agressivité** peut-être le **signe d'une souffrance** psychologique de l'adolescent. Certains de ces jeunes vont même développer un **trouble des conduites** (répétition de conduites menaçant l'intégrité physique d'autrui ou de

biens matériels, ou violant gravement des règles établies (35)), **souvent associé à d'autres troubles psychiatriques de type anxieux, dépressif,... ou à des conduites addictives** (73), les uns renforçant les autres. Cette pathologie concernerait presque 10% des garçons et 5% des filles de 13 à 18 ans (73), le défaut d'environnement familial et/ou éducationnel étayant étant un facteur favorisant les formes agressives et la chronicisation du trouble (73).

2.1.2.3.4. Addictions et usage de substances psychoactives

Ce sujet prenant une place importante pour la bonne compréhension de notre travail, nous avons choisi de lui dédier un chapitre particulier.

2.1.3. Addictions et consommations à risque

2.1.3.1. Généralités

Les conduites addictives incluent les **troubles de l'usage de substances psychoactives** (SPA), mais également **la perte de maîtrise de certains comportements**, comme la pratique des jeux sur écrans (74).

2.1.3.1.1. L'expérimentation

La découverte des SPA peut être considérée comme entrant dans le processus « normal » de la quête identitaire de l'adolescent (19). L'**expérimentation** de ces substances est **fréquente**, surtout pour celles les plus accessibles, et donc les plus diffusées: l'alcool, le tabac et le cannabis (7; 19; 37). Seuls 6,6% des jeunes français de 17 ans n'ont expérimenté aucun de ces trois produits (37).

En effet, la consommation de ces drogues **potentialise les nouvelles expériences** de l'adolescence: plaisir, valorisation auprès des pairs et intégration dans un groupe, apprentissage de ses propres limites, dépassement de l'inhibition, accroissement des capacités physiques, sentiment de souveraineté... Ces **bénéfices immédiats incitent** alors **le jeune à répéter son usage**, malgré sa bonne connaissance des conséquences potentielles (5; 75). L'adolescent se sent, en général, **peu concerné par les complications à long terme** (19).

2.1.3.1.2. L'usage simple

Il se définit par une consommation de SPA, et/ou un comportement, pour lesquels **les risques sanitaires et sociaux sont suffisamment faibles pour être acceptables**. Toutefois, cette notion est controversée dans le domaine des SPA, car leur usage, même en petite quantité ou

occasionnel, peut toujours avoir des conséquences sur la santé, avec une variabilité inter-individu importante.

2.1.3.1.3. Les usages pathologiques

➤ *L'usage à risque ponctuel*

Ces dernières années ont été marquées par deux phénomènes émergents: la baisse de l'expérimentation de substances (notamment au niveau de l'alcool et du tabac) associée à une **recrudescence des consommations régulières et des consommations à risque** chez les jeunes. Trois enquêtes récentes confirment la gravité de ce phénomène social : HBSC (19) concernant les collégiens européens de 11, 13 et 15 ans, ESPAD (76; 77) chez les lycéens européens de 16 ans, et ESCAPAD (37) chez les adolescents français de 17 ans (Annexe I).

Hormis pour le tabac, ces consommations sont **le plus souvent des phénomènes sociaux occasionnels**, de groupe voire de masse. Toutefois, même si la consommation est irrégulière, elle est parfois **massive**, engendrant des **risques sanitaires élevés**, en termes de complications somatiques graves (comas éthyliques, traumatismes...) et de prises de risques parfois mortelles (accidents de la route, violences, pratiques sexuelles à risque...) (19; 23; 78). Ces usages à risque sont souvent **associés à d'autres conduites à risque**, les uns renforçant les autres réciproquement. Ils tendent à diminuer avec l'entrée dans la vie active et l'implication dans une vie affective et familiale stable (5).

Pourtant, si la majorité de ces conduites reste festive, associée à la convivialité et sans conséquence, d'autres deviennent problématiques et entraînent une perte de chance pour l'avenir, voire un basculement dans la pathologie.

➤ *L'usage à risque régulier et usage nocif*

Pour les adolescents les plus vulnérables, le risque de glissement de la consommation occasionnelle à la consommation régulière est majeur, ainsi que le passage progressif de la consommation de substances légales (alcool, tabac) au cannabis, puis à d'autres drogues.

Les facteurs de risque des conduites addictives, sont les mêmes que ceux du mal-être et du suicide (5; 7; 19; 79).

En consommant, le jeune recherche alors la « défonce » et/ou une action auto-thérapeutique, à visée antalgique, hypnotique ou anxiolytique, comme moyen pour mieux supporter la vie quotidienne, pour combler un vide ou pour gérer des émotions trop envahissantes et des vécus douloureux. Cela lui permet d'échapper à son inconfort et d'« effacer » temporairement certaines problématiques. Ces consommations deviennent alors rapidement quotidiennes et

indispensables, et l'arrêt de l'usage rime alors avec « retour à la réalité », chose insupportable pour cet adolescent en souffrance (80). Ainsi, le jeune entre progressivement dans un **usage nocif ou problématique** (74), sa conduite entraînant peu à peu des **dommages dans sa vie familiale, sociale, scolaire et sur sa santé**. Certains vont alors **perdre le contrôle**, poursuivant leur comportement malgré ses conséquences néfastes, pour satisfaire un besoin devenu irrésistible (74).

La **précocité d'apparition d'une conduite addictive** est un facteur de risque important de **multiplication et diversification des comportements à risque**, ainsi que d'installation dans la **chronicité** (75; 81-83).

➤ **De la dépendance (DSM IV) aux troubles d'usage plus ou moins sévères (DSM 5)**

Les diagnostics de dépendance et d'abus du DSM IV, catégoriels et exclusifs l'un de l'autre, ont disparu du DSM 5, pour privilégier un **continuum** de degré **de sévérité dans les troubles d'usage** (74; 84). Cette nouvelle classification donne une **vision plus globale et transversale des addictions**, permettant d'inclure les addictions comportementales. Nous disposons ainsi de **11 critères** dont **l'accumulation traduit la gravité du trouble**: une poursuite de l'usage malgré ses conséquences professionnelles, familiales, sociales et/ou médicales, l'existence de phénomènes de tolérance et/ou de sevrage, une perte de contrôle de la quantité consommée et du temps dédié à ce comportement, un désir ou des efforts persistants et infructueux pour diminuer l'usage, une réduction des activités au profit de la consommation, une incapacité à remplir des obligations importantes de la vie quotidienne, et enfin la présence de «craving» ou désir impérieux de consommer.

2.1.3.1.4. Autres complications de l'usage de SPA et comorbidités

Les **complications somatiques** de l'usage régulier ou massif de SPA sont **multiples, aiguës et chroniques**, et **variables** selon la substance. Nous ne les détaillerons pas dans cette thèse.

Toutefois, nous pouvons remarquer deux choses:

- Premièrement, il faut noter que la maturation cérébrale se poursuit jusqu'à l'âge adulte. Les **adolescents sont donc plus vulnérables à l'effet neurotoxique des SPA**. Ainsi, plus la consommation débute à un âge précoce, plus le risque de lésions cérébrales est important (83; 85).
- D'autre part, les **comorbidités psychiatriques** sont fréquentes chez les jeunes ayant développé un usage problématique d'une substance ou d'un comportement. Il est alors nécessaire de discriminer les troubles psychiatriques **primaires, favorisant l'addiction**, des troubles psychiatriques **secondaires aux effets de l'addiction** (troubles anxieux, dépressifs,

psychotiques, poly-consommation, suicide...), qui sont tout aussi fréquents (74; 80; 86). Qu'ils soient primaires ou secondaires, les troubles psychiatriques aggravent et maintiennent les conduites addictives, et vice versa (74; 80; 86).

Indicateurs d'usage

Afin de mieux comprendre les prochains chapitres, voici quelques définitions selon l'INPES (5) :

- **Expérimentation** : au moins un usage au cours de la vie.
- **Usage récent**: au moins un usage au cours des 30 derniers jours.
- **Usage régulier**: au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours.
- **Usage quotidien**: au moins un usage quotidien au cours des 30 derniers jours.
- **Ivresse ou Alcoolisation Ponctuelle Importante (API) répétée** : au moins 3 dans l'année.
- **Ivresse ou API régulière** : au moins 10 dans l'année.

2.1.3.2. Tabac

La nicotine est l'une des substances ayant le plus fort potentiel addictogène (87): De ce fait, il est très difficile de rester un fumeur occasionnel régulier sans basculer dans un usage plus quotidien et intensif (19). D'autre part, l'apparition tardive des conséquences somatiques du tabagisme explique que les adolescents soient prompts à mettre à distance les risques sanitaires encourus (88).

2.1.3.2.1. L'expérimentation

Au collège, elle concerne 12,7% des élèves de 6^e pour atteindre 51,8% en 3^e (19) et 68,4% des jeunes de 17 ans (37). Les garçons expérimentent le tabac plus précocement que les filles mais ces dernières rattrapent ensuite leur « retard » et devancent même les garçons à la fin du collège (7; 37; 77). L'âge moyen lors de la première cigarette est 14,1 ans (19; 37).

2.1.3.2.2. Le tabagisme quotidien

Alors qu'il est quasi inexistant en 6^e et 5^e, il devient plus conséquent en 4^e, pour atteindre 1 élève sur 6 en classe de 3^e (15,6%) (19) et presque **1 jeune sur 3 à l'âge de 17 ans** (37). Il touche autant les filles que les garçons, débutant en moyenne à **15 ans** (19; 37).

Le tabagisme intensif (plus de 10 cigarettes par jour) concerne beaucoup plus les garçons (9,8% vs 5,8% des filles) (37).

Cet usage du tabac tend à augmenter chez les jeunes ces dernières années (19; 37; 75; 77).

Enfin, au niveau européen, il faut noter que la France est dans les 10 pays qui comptent le plus de jeunes tabagiques, avec une proportion très importante de tabagisme féminin (76).

2.1.3.3. Alcool

Aujourd'hui en France, il existe chez les jeunes deux phénomènes émergents au niveau de leur consommation d'alcool (7; 89): une baisse des consommations quotidiennes mais une augmentation des épisodes d'ivresse (usage à risque), avec l'apparition de **nouveaux modes d'alcoolisation massive**, s'apparentant au « binge drinking » anglo-saxon (prise lors d'une même occasion d'au moins 5 verres d'alcool).

L'expérimentation

Au collège, l'alcool reste **la SPA la plus souvent expérimentée**, concernant 59,3% des élèves de 6^e pour atteindre plus de 80% des élèves en 3^e (19) et 91% des jeunes de 16-17 ans (37; 77). La place prépondérante de la consommation de cidre ou de champagne lors de cette première expérience laisse penser qu'il s'agit le plus souvent d'un usage limité au cadre familial (19).

Les usages récents

L'usage récent progresse nettement entre la 4^e et la 2^{nde}, passant respectivement de 38,6% à 70% des élèves (19; 77).

Les usages à risque

Dans la tranche d'âge 15-25 ans, **les consommateurs à risque**, ponctuels ou réguliers, sont **plus nombreux que ceux ayant un usage simple** (5; 37; 77) !

➤ **La consommation régulière d'alcool**

La consommation régulière de boissons alcoolisées est négligeable parmi les élèves de 4^e (2,5%) mais augmente ensuite fortement, concernant **11,9% des élèves de 2^{nde}** (19). Cet usage régulier reste résolument masculin, malgré l'augmentation des niveaux parmi les jeunes filles depuis quelques années (19; 37).

➤ **Expérimentation de l'ivresse**

Elle concerne 1 collégien sur 6, toutes classes confondues, le niveau étant **multiplié par cinq entre la 6^e et la 3^e** (19). Ainsi, **58,5% des jeunes de 17 ans** déclarent avoir déjà expérimenté l'ivresse. Les garçons expérimentent l'ivresse plus précocement que les filles, mais celles-ci

rattrapent leur « retard » avant la fin du collège (19; 77). L'âge moyen de la première ivresse étant de **15,2 ans** (37).

➤ *Ivresse et API répétées et régulières*

7% des élèves de 4^e déclarent au moins une ivresse au cours du mois contre plus de 20% des élèves de 2nde. 10% des garçons et 5% des filles en déclarent au moins 3 durant cette période (19). Ainsi, les **ivresses répétées atteignent 27,8% des jeunes de 17 ans**, et **les ivresses régulières 10,5% d'entre eux** (37), avec une prédominance masculine.

Concernant les **API, 44% des lycéens** français de 16 ans en déclarent **au moins une au cours du mois** précédant l'enquête, pratique prédominant chez les garçons (46% vs 41%) (77). Ce comportement est beaucoup plus fréquent chez les jeunes ayant un usage régulier d'alcool (où 1 jeune sur 4 déclare avoir des API régulières), mais cela ne les concerne pas seulement: En effet, **43,9% des adolescents n'ayant bu qu'une ou deux fois de l'alcool dans le mois déclarent également une ou deux API** (37)!

Les usages d'alcool à risque semblent s'être stabilisés ces dernières années, signant des comportements de consommations bien ancrés parmi les jeunes adolescents (19; 37; 77).

2.1.3.4. Drogues illicites

2.1.3.4.1. Cannabis

Le cannabis est, de loin, la drogue illicite la plus consommée en France (5; 7; 75).

Peu de jeunes sont conscients des risques liés à la consommation de cannabis. En effet, plus de 80% des jeunes de 16 ans pensent qu'expérimenter ou consommer ponctuellement du cannabis représente peu ou aucun risque, et 20% qu'une consommation régulière ne comporte que peu de risques (77).

➤ *L'expérimentation*

L'expérimentation précoce du cannabis reste marginale (2,5% des 6^e et 5^e), mais elle devient nettement plus commune en 3^e, où pratiquement 1 adolescent sur 4 dit en avoir en déjà consommé (23,9%) (19). Cette proportion augmente encore par la suite pour atteindre **40% des jeunes de 16-17ans** (37; 77). L'âge moyen de la première consommation de cannabis est de **15,3 ans** (37). Comme pour le tabac et l'alcool, l'expérimentation est davantage masculine lors des deux premières années de collège, mais les filles rattrapant leur «retard » dès la classe de 4^e, pour atteindre un niveau similaire aux garçons à la fin du collège (7; 19).

➤ *Usage régulier*

A 17 ans, un peu moins d'**un quart** (22,4%) des adolescents déclarent au moins un **usage mensuel** (37). L'usage régulier est beaucoup plus rare, atteignant **6,5% des jeunes de 17 ans** (37), les garçons étant quatre fois plus nombreux que les filles à déclarer une telle consommation (19).

Les consommations de cannabis chez les jeunes semblent plus ou moins stables en France ces dernières années (7; 19; 37; 77). Toutefois, les jeunes français restent parmi **les plus gros consommateurs de cannabis en Europe** (76) et dans le monde (19).

2.1.3.4.2. Autres drogues illicites et usage détourné de substances

Les plus connues et les plus utilisées chez les jeunes semblent être les colles et solvants respirés, les poppers, les champignons hallucinogènes, la cocaïne, l'usage détourné de médicaments (benzodiazépines...), l'ecstasy, les stimulants (amphétamines, speed), l'héroïne, le LSD (ou acide), et les produits dopants pour le sport.

L'usage de ces substances illicites entre souvent dans une dynamique d'**escalade des consommations**. Il donc plus tardif et touche moins les adolescents, avec un âge moyen d'initiation des consommations supérieur à 18 ans (75), à l'exception de l'usage de solvants inhalés et le mésusage de certains médicaments.

Bien que limitée, l'**expérimentation** de ces drogues se diffuse dès la fin du collège : En effet, 10% des élèves de 3^e déclarent en avoir consommé dans l'année et presque **13% en 2^{nde}** ! (19; 37; 77). Un tiers de ces jeunes dit avoir consommé plusieurs substances différentes au cours des douze derniers mois (37). À 17 ans, ce sont **les poppers** (9% de ces jeunes) et **les produits à inhaler** qui paraissent le plus couramment consommés (5,5%) (19; 37).

Globalement, les garçons sont plus consommateurs de drogues illicites, excepté pour deux substances: les produits à inhaler et les «*médicaments pour se droguer* », pour lesquels les jeunes filles présentent des niveaux supérieurs (19; 37; 77).

En Europe, les jeunes français se situent au **2^e rang européen de l'expérimentation des drogues illicites**, hors cannabis (76).

2.1.3.5. Les addictions sans produit

Les **addictions comportementales** répondent aux mêmes critères de **perte de contrôle** que les troubles d'usage de SPA (DSM 5 (74; 84)), et semblent répondre aux mêmes types d'actions

préventives et thérapeutiques (74). Elles sont toutefois très diverses, chacune ayant des **conséquences sanitaires et sociales spécifiques** (74).

2.1.3.5.1. Usage des écrans

Les adolescents sont particulièrement touchés par les troubles d'usage des écrans (ordinateurs, tablettes, consoles, Smartphones). Ceci d'autant plus que ces moyens de télécommunication sont de plus en plus faciles d'accès, voire illimités, à la fois dans le temps (accessible 24h/24) et dans l'espace (connexion internet sur presque tout le territoire français). La définition et les outils de mesure de l'addiction aux écrans étant variables d'une étude à l'autre, nous manquons aujourd'hui de connaissances à ce sujet, et donc de consensus scientifique, tant au niveau du diagnostic que de leur prise en charge (74; 90). Le terme d'addiction ne fait d'ailleurs pas l'unanimité de la communauté scientifique en ce qui concerne internet et les jeux vidéo (74).

Selon l'enquête HBSC de 2010, **91,5% des jeunes collégiens français utiliseraient les écrans plus de 2 heures par jour**. L'usage de la télévision était le plus fréquent (61,3% des collégiens), puis de l'ordinateur (45,3%) et des jeux vidéo (40,1%), avec une large majorité masculine de ces derniers (54,7% versus 25,2%) (19).

En 2011, **un jeune de 17 ans sur quatre déclarait utiliser internet entre 2 et 5 heures par jour, un sur cinq entre 5 et 10 heures et un sur dix plus de 10 heures par jour** (74). **3 à 7%** de ces adolescents auraient une pratique problématique et présenteraient des **conséquences néfastes**: troubles du sommeil, surpoids, baisse des résultats scolaires, conflits familiaux... (74; 91). Les filles et les garçons passeraient le même temps devant l'écran, les filles utilisant davantage les réseaux sociaux et les garçons les jeux vidéo.

Ce phénomène est d'autant plus préoccupant que les adolescents ont en général du mal à faire la part entre le réel et le virtuel : problème de confidentialité des données échangées, difficultés à apprécier la validité des informations, accès à des médias violents, pornographiques ou faisant la promotion de comportements à risques (anorexie, suicide...).

À plus forte raison que dans **plus des trois quart des cas, les loisirs devant écran sont pratiqués seuls** par les adolescents, **sans présence d'un tiers**, et **seule la moitié** des collégiens disent que leurs parents **limitent la durée d'utilisation** d'Internet à la maison (91).

2.1.3.5.2. Addiction au jeu

En France, il existe encore très peu de données quantitatives sur les pratiques de jeux vidéo et de jeux de hasard et d'argent chez les jeunes (74). **La prévalence des problèmes de jeu serait 2 à 4 fois plus élevée chez les adolescents que chez les adultes** (74; 92; 93).

Chez les adolescents, il est souvent plus question de jeux vidéo que de jeux de hasard et d'argent, du fait de leur faible budget et de leur dépendance financière. Toutefois, bien que la pratique des **jeux de hasard et d'argent** soit illégale en France avant 18 ans, les adolescents réussissent à y avoir accès. L'enquête ESCAPAD de 2011 montre qu'à 17 ans, 44% d'entre eux ont déjà joué au cours de leur vie et 10% au cours de la semaine précédente, avec une prédominance masculine dans les deux cas (74). 14% de ces derniers seraient des joueurs à risque modéré et 3% des joueurs problématiques (74).

La pratique de **jeux vidéo**, quant à elle, concernerait plus de 75% des adolescents (91; 94), avec un pic à 90% pour la tranche d'âge 10-12 ans et une **prédominance largement masculine** (87% vs 57% des filles) (94). Bien que cette pratique reste le plus souvent récréative, **5 à 12%** de ces adolescents seraient des **joueurs problématiques** (74; 86; 93). **23%** des joueurs de jeux vidéo de 17 ans disaient avoir rencontré au cours de l'année écoulée, **à cause de leur pratique, un problème avec leurs parents, 26% des problèmes à l'école ou au travail et environ 4% des problèmes d'argent** (74). L'apparition de nouveaux modes de jeux en ligne, comme les MMO (Massively Multiplayer Online) a amplifié ce phénomène de trouble de l'usage. Ces jeux, impliquant de nombreux joueurs interconnectés en temps réel, avec des bénéfices obtenus augmentant avec le temps passé devant l'écran, ont un fort pouvoir addictogène (74). Dans une étude anglaise de 2006, 61% de ces joueurs disaient avoir passé au moins dix heures en continu dans le jeu, 8% y passaient minimum 40 heures par semaine, et 18 % malgré la survenue de problèmes scolaires, sanitaires, financiers ou relationnels (95).

2.1.3.5.3. Autres addictions comportementales

Très peu d'addictions comportementales ont fait l'objet d'étude, notamment chez l'adolescent. Nous manquons donc de connaissances à ce sujet, mais leur prévalences serait loin d'être négligeable chez les jeunes (pratiques sportives intensives, achats compulsifs, Troubles du comportement alimentaires, addiction au travail, ... (93))

2.1.3.6. Situation en Aquitaine et en Gironde

En Aquitaine, entre 2005 et 2011, les consommations sont restées stables dans l'ensemble, mais toujours **au-dessus de la moyenne nationale** (8; 96)(Annexe II), hormis pour le tabagisme, pour lequel il existe une certaine homogénéité nationale des consommations.

Ainsi, en 2011, **33%** des jeunes de 17 ans **fument quotidiennement** du tabac, 47% ont expérimenté le **cannabis** dont **8%** sont des **fumeurs réguliers**. L'Aquitaine est d'ailleurs la 4^e région de France ayant le plus de jeunes consommateurs de cannabis (96).

Les **consommations d'alcool à risque**, quant à elles, ont toutes **tendance à augmenter** depuis quelques années (8; 96), tant au niveau de l'usage régulier (13% en 2011 vs 9% en 2008) des ivresses répétées (35% vs 30%) et régulières (14% vs 10%) que de l'expérimentation de l'API (61% vs 57%) (8). Les jeunes Aquitains ont une expérimentation et un usage régulier d'alcool supérieur au reste de la population française, ainsi que des ivresses et des API plus fréquentes. Une étude réalisée en 2011 par l'Observatoire Régional de Santé dans les lycées de la CUB (26) apporte des chiffres alarmants : **Plus de 7% des garçons en lycée professionnel** déclarent avoir été en **état d'ivresse au moins 40 fois au cours de leur vie** (vs 3 % des filles), et **7%** disent avoir eu **au moins 10 API dans le mois** (vs 5% des filles). Comme dans le reste de la France, les consommations régulières et importantes restent majoritairement masculines (Annexe II). Toutefois, les **consommations à risque deviennent de plus en plus fréquentes chez les jeunes filles**. Dans les lycées de la CUB, il existe même une inversion du ratio filles/garçons pour l'indicateur « **au moins 3 API par mois** », qui concernait 32,8% des jeunes filles en lycée professionnel (vs 24,2% des garçons) et 16,3% en lycée général et technologique (vs 13,9% des garçons) (26) ! Cette différence de comportements observée entre lycées généraux et professionnels met en évidence l'existence d'un lien entre conduites à risque et difficultés scolaires, sans que l'on puisse affirmer le sens de ce lien (Les difficultés scolaires sont elles la conséquence de consommations de SPA ou bien la conséquence d'autres facteurs de risque de mal-être pouvant aussi engendrer des comportements à risque ?).

Enfin, l'usage de psychotropes et l'expérimentation de certaines substances illicites (produits inhalés, champignons hallucinogènes, ...) sont plus fréquentes en Aquitaine que dans le reste de la métropole, tandis que d'autres substances semblent moins affecter ce territoire (cocaïne, héroïne...) (8; 96) (Annexe II).

2.2. Le milieu scolaire, un lieu privilégié pour dépister le mal-être des jeunes.

2.2.1. La consommation de soin chez les jeunes

Les adolescents étant globalement en bonne santé (21; 22), ils consultent moins que le reste de la population générale: En 2002, les jeunes de 11-20 ans représentaient seulement 8% des consultations de médecine générale, alors qu'ils constituaient 13% de la population (4). Toutefois, en 2010, **75,8%** des jeunes de 15 à 19 ans disaient avoir consulté un médecin généraliste (MG) **au moins une fois dans l'année**. Ce recours au soin augmente ensuite avec l'âge tout au long de la vie. Par contre, moins de 7% de ces jeunes avaient eu recours à un professionnel de santé mentale (5).

Même si l'adolescent consulte moins que les personnes âgées ou les nourrissons, le MG entend souvent parler de lui, par le biais de ses proches qui évoquent leurs inquiétudes à son propos. Le MG a donc souvent des éléments pouvant éveiller sa vigilance. Par ailleurs, lorsque le jeune a recours à un médecin, c'est le plus souvent pour des pathologies bénignes (1; 4). Les troubles psychiques ou du sommeil concernent seulement 6 % des motifs de consultation chez les 11-20 ans (22), pourcentage trois fois plus faible que chez l'adulte, alors que ces troubles sont fréquents à cet âge. Ces constats laissent supposer que, **derrière une symptomatologie banale, peut se cacher une demande d'aide de l'adolescent, qu'il ne sait pas, ou n'ose pas, formuler de manière explicite**. Le symptôme n'est alors que le prétexte, et le professionnel de santé de premier recours doit saisir cette opportunité pour tenter d'aider l'adolescent à résoudre son mal-être. Plusieurs études ont d'ailleurs montré que **les jeunes en souffrance**, dont les jeunes suicidaires, **consultaient plus que les autres** (6; 97).

D'autre part, de nombreux problèmes de santé survenant à l'âge adulte sont en partie le fruit de comportements acquis durant l'adolescence: consommation de tabac, d'alcool ou autres SPA, habitudes alimentaires... (2; 83; 82). Pour cela, **l'adolescence est un moment clé pour la prévention primaire et le repérage précoce des comportements à risque**.

Ainsi, **tous les professionnels travaillant en contact avec les jeunes** ont un **rôle essentiel** à jouer dans le **dépistage du mal-être des adolescents dans toutes ses expressions** (98). Il est donc indispensable qu'ils soient en mesure de repérer les signaux d'alerte de cette souffrance chez tous les jeunes qu'ils rencontrent, pour pouvoir les prendre en charge de manière précoce et adaptée (98; 99). La majorité des adolescents sont d'ailleurs satisfaits qu'un

professionnel de santé s'intéresse à eux. La pudeur du professionnel reste souvent le frein à dépasser (1; 100).

2.2.2. Spécificités du milieu scolaire

2.2.2.1. Scolarisation obligatoire

En France, la loi oblige tous les enfants, vivant sur le territoire, à être scolarisés jusqu'à l'âge de 16 ans (101). Ainsi, le **taux de scolarisation** reste **élevé** jusqu'à cet âge. En 2011, 99,5% des enfants sont scolarisés avant 12 ans, puis ce chiffre diminue progressivement jusqu'à atteindre 94% à 16 ans, 90% à 17 ans, puis 64% à 19 ans (102). Le taux de scolarisation des adolescents est un peu plus élevé en Aquitaine (56).

En France, presque 5 500 000 élèves ont été scolarisés dans le second degré pour l'année scolaire 2013-2014 (103). En Aquitaine, cela représente plus de 250 000 jeunes, dont presque la moitié en Gironde (104).

Les **professionnels de l'Éducation Nationale exercent donc quotidiennement aux côtés de la quasi-totalité des adolescents**. Or ces jeunes scolarisés constituent le public cible des actions d'éducation pour la santé et de prévention, avant que le cumul des dommages ne les mène à la déscolarisation.

2.2.2.2. Recours aux soins en milieu scolaire

L'infirmier scolaire (IS) est le deuxième professionnel de santé le plus consulté par les adolescents après le médecin généraliste. En 2010, 45,3% des jeunes de 15-19 ans scolarisés en France ont eu recours à un IS ou un médecin scolaire (MS) dans l'année (5). En 2001 en Gironde, 42% des collégiens et 54% des collégiennes avaient vu une IS au cours de l'année précédente, dont près de 10 % plus de 4 fois (55).

Ces **consultations de premiers recours en milieu scolaire sont des moments privilégiés pour dépister le mal-être chez les jeunes**, surtout lorsque les **passages à l'infirmier** sont **répétés** ou lorsque l'entretien est réalisé à la demande du corps enseignant ou des parents. D'autant plus que certains de ces jeunes n'ont jamais poussé la porte de leur MG ou des services sociaux, et ne le feront jamais ! Selon les résultats de l'étude réalisée dans les collèges de Gironde en 2001, **les élèves consultant le plus l'IS présenteraient 2 à 3 fois plus de conduites à risque que les autres** (55).

Par ailleurs, *l'école est le premier lieu de prévention et d'information sur la santé*. Par exemple, 85% des jeunes de 18-24 ans disent avoir bénéficié d'information sur la contraception essentiellement à l'école, contre seulement 45% des filles et 18% des garçons chez leur MG (61).

2.2.3. Les missions des professionnels de santé scolaire

Au sein des établissements scolaires, il existe une *collaboration pluri-professionnelle* entre le corps enseignant et les professionnels médico-sociaux scolaires (PMSS), permettant de *prendre en charge les jeunes dans leur globalité*. L'école est ainsi un lieu privilégié pour détecter de manière précoce les signes de mal-être ou les comportements à risque, car elle est souvent le *théâtre des premiers symptômes*: chute des résultats scolaires, absentéisme ou retards itératifs, dispenses de sport répétées, passages multiples à l'infirmerie, agressivité, isolement... Il est donc essentiel que les enseignants et les PMSS sachent reconnaître ces signes d'alerte, pour que la souffrance de l'élève puisse être évaluée et prise en charge le plus tôt possible, avant que ces conduites à risque ne se multiplient et ne se compliquent (98; 99).

2.2.3.1. Rôle des médecins scolaires

Les missions des médecins scolaires (MS) sont multiples (105), nous ne détaillerons que celles qui nous intéressent plus particulièrement.

Le MS est le référent en matière de santé dans le système scolaire. Il a à sa charge une zone géographique comportant plusieurs établissements, allant de l'école maternelle jusqu'au lycée. Il peut donc suivre chaque élève tout au long de sa scolarité.

Actuellement en France, il y a environ **1 MS pour 10 000 élèves** (106). Durant l'année 2012-2013, 31 médecins de secteur travaillaient sur le département de la Gironde, dont 2 vacataires et 7 contractuels, pour un équivalent de 23 temps plein (107).

Tous les collégiens et lycéens ne rencontrent pas obligatoirement le MS, mais des *bilans de santé systématiques*, tous les 3 ans entre 6 et 15 ans, sont préconisés par la loi de protection de l'enfance (108). C'est normalement le cas pour les élèves en classe de 3^e (105; 106). Toutefois, à ce jour, aucun décret d'application ne spécifie quel médecin (MS, pédiatre ou MG) doit réaliser ces examens médicaux. En pratique, durant les années collège et lycée, *seuls les élèves susceptibles de travailler sur des machines dangereuses* (dit « travail réglementé ») *bénéficient d'un examen systématique par le MS* (obligation liée au Code du Travail), ce qui concerne environ 4000 élèves par an en Gironde (107)). Cette consultation a pour but de réaliser un examen médical d'aptitude au travail. Il s'agit aussi de dépister différentes

pathologies et comportements à risque, en offrant un espace d'écoute et d'échanges au jeune. Enfin, il lui est proposé quelques conseils individualisés de prévention primaire, répondant à ses préoccupations. Malheureusement, la durée de l'entretien est souvent limitée par la charge de travail du médecin.

Par ailleurs, le MS peut être amené à **rencontrer et à examiner un élève à la demande** du corps enseignant, de l'assistant social (AS), du psychologue, de l'IS, des parents ou de l'élève lui-même. Le médecin joue alors un **rôle d'expert**. Il examine l'élève qui lui a été signalé, instaure avec lui un dialogue, pose un diagnostic, et propose de l'orienter si nécessaire vers les structures de soins appropriées. Le MS fait alors **le lien entre l'école, les services de soins et la famille**. Une surveillance médicale et infirmière plus étroite est instaurée chez les élèves en difficultés, en veillant à ce que des organismes spécialisés extérieurs locaux aient bien pris le relais. L'objectif est d'assurer une prise en charge effective et adaptée des problèmes pour que les situations mettant le jeune en danger cessent.

En Gironde en 2012-2013, les MS de secteur ont rencontré plus de 11 000 élèves à la demande du corps enseignant, tous niveaux scolaires confondus. Dans les collèges et lycées, presque 1000 consultations concernaient des élèves en souffrance psychique et/ou présentant des troubles du comportement (107).

Toutefois, la réalité de terrain diffère quelque peu. Les MS sont de moins en moins nombreux, avec un nombre d'établissements en charge augmentant chaque année, et des missions qui se multiplient (106). De ce fait, le service médical a dû **abandonner les bilans de santé systématiques** en collèges et lycées, sauf ceux rendus obligatoires par le Code du Travail (106; 107). Seuls les élèves présentant des besoins spécifiques, du fait de difficultés d'adaptation au cadre scolaire, psychoaffectives, relationnelles ou comportementales, sont rencontrés en consultation, ainsi que, bien entendu, ceux porteurs d'une pathologie médicale et/ou d'un handicap connu. Ainsi, il n'y a **plus beaucoup de place pour la prévention primaire et le dépistage précoce**.

2.2.3.2. Rôle des infirmiers scolaires

Les IS, placés sous l'autorité hiérarchique du chef d'établissement où ils travaillent, sont **présents au quotidien dans l'environnement des élèves tout au long de leur scolarité** (109). La proximité et la disponibilité qu'ils entretiennent avec les élèves leur donnent un rôle à la fois relationnel, technique et éducatif, visant à favoriser l'épanouissement des élèves, ainsi que leur intégration et leur réussite scolaire.

De ce fait, l'IS a un **rôle essentiel d'accueil et d'écoute** auprès de tout élève qui le sollicite, quelque soit le motif de consultation (plaintes somatiques mais aussi difficultés relationnelles, psychologiques ou scolaires...). Les élèves peuvent se rendre à l'infirmierie soit spontanément, soit suite à un signalement du corps enseignant. En outre, un dispositif spécifique existe en Aquitaine, où le recteur a souhaité que tous les élèves de 2^{nde} soient vus de manière systématique lors d'une visite infirmière approfondie.

L'IS propose alors au jeune un entretien personnalisé afin de nouer une relation de confiance avec lui. Ce moment privilégié peut permettre à l'élève d'exprimer une demande, un malaise, une souffrance, en toute confidentialité (110). L'IS évalue alors la situation et sa sévérité, met en place la démarche de soins adéquate et l'oriente vers la personne ou la structure adaptée (MS, AS, psychologue...). L'IS a aussi un **rôle de dépistage**, notamment dans le domaine de la santé mentale. Si l'élève paraît avoir besoin d'un examen ou d'un suivi médical personnalisé, l'IS en réfère au MS.

L'IS assure ensuite un **suivi régulier** et un accompagnement individuel des élèves fragiles ou en difficultés, et fait le lien avec les autres professionnels de l'établissement, les structures de soins extérieures, et les parents, le tout en accord avec l'adolescent.

Par ailleurs, en collaboration avec le MS, l'IS a pour mission de développer une **dynamique d'éducation pour la santé**, visant à rendre l'élève responsable, autonome et acteur de prévention. Ceci est promu par 2 types d'actions:

- Individualisées, lors des entretiens personnalisés avec l'élève (délivrance de conseils et d'informations répondant à la demande du jeune)
- Collectives (projet santé d'établissement, rencontres éducatives sur la santé), organisées en collaboration avec tous les acteurs du système éducatif, les différents partenaires institutionnels, les parents et les réseaux extérieurs.

Ces actions académiques répondent à une politique éducative de santé nationale (111), donnant aux établissements 7 objectifs prioritaires, dont la prévention du mal-être, des conduites addictives et des comportements à risque (jeux dangereux, IST et grossesse, ...)

En janvier 2011, 187 IS travaillaient en Gironde, dont 25 contractuels (106).

2.2.3.3. Rôle du Service Social en faveur des Elèves

Les AS scolaires dépendent de la direction des services départementaux de l'Éducation Nationale, et interviennent dans les établissements du second degré définis comme prioritaires.

L'AS a un **rôle d'écoute, d'information, de conseil, d'aide et d'accompagnement** auprès des élèves et de leur famille (112). Il est **l'interface entre l'établissement scolaire, le milieu de vie du jeune et les structures extérieures** (Conseil Général, Justice, Caisse d'Allocations Familiales, Sécurité Sociale, associations...). Il peut être sollicité par l'élève lui-même, par les parents, les membres de l'équipe éducative ou des intervenants extérieurs.

Le service social a pour objectifs de prévenir et de dépister le mal-être des jeunes, de prendre en charge leurs problèmes sociaux, de protéger les mineurs en danger, de lutter contre les inégalités et l'exclusion, et d'aider à l'orientation des jeunes vers un enseignement et un projet professionnel adapté.

En Gironde en 2012-2013, le service social en faveur des élèves comprenait 40 AS exerçant des permanences hebdomadaires dans les établissements publics du second degré, chaque professionnel intervenant dans 2 à 3 établissements (113).

2.3. Le Repérage Précoce et les Interventions Brèves (RPIB) chez les adolescents.

2.3.1. RPIB : un peu d'histoire.

Le concept de repérage précoce apparaît à la fin des années 80, avec la mise en place par l'OMS d'un programme intitulé « Less is better » (114; 115) ayant pour objectif de dépister les consommations d'alcool à risque le plus tôt possible afin d'en éviter les conséquences. Quelques années plus tard, ce concept est repris en France avec le projet «Boire moins, c'est mieux» porté par l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) en Ile de France puis diffusé au travers du pays (115).

Parallèlement, de multiples études sont publiées démontrant l'efficacité des interventions brèves sur les consommations d'alcool (115) et d'autres substances (116).

Dans ce contexte, des formations spécifiques au RPIB pour les professionnels de soins primaires se sont développées peu à peu en France, et plus particulièrement en Aquitaine (117). En 2006, c'est au tour du Ministère chargé de la Santé de développer une stratégie de diffusion du RPIB en matière d'alcool à l'échelle nationale, prévoyant d'y former 75% des MG français d'ici 2010 (11), chiffres qui n'ont malheureusement pas encore pu être atteints.

Situation en Aquitaine

L'Aquitaine est une région pilote dans la diffusion du RPIB en France. En effet, dès 2001, suite à une enquête de la DRESS et de l'OFDT sur les consommations régionales d'alcool, la DRASS est sollicitée par les structures d'addictologie locales (AGIR33, RÉNAPSUD, ANPAA 64, ELSA) et un Plan Régional « Santé-Alcool » est mis en place. Ce plan fait de la formation au RPIB une priorité sanitaire pour la région (115; 117). Depuis, l'Aquitaine est le siège de nombreuses formations au RPIB et a permis la mise en place de nouveaux outils, dont le « RPIB jeunes ».

2.3.2. Définition du RPIB

Le RPIB comprend deux temps:

- La première étape est le **Repérage Précoce** (RP) : Il consiste à rechercher de manière active dans une population, les personnes ayant des comportements délétères non encore connus, avant que ceux-ci n'aient de conséquence sur leur santé ou leur vie sociale. Dans le cas des SPA, il s'agit **d'évaluer la consommation** d'un individu et de déterminer le **niveau de risque associé** à cet usage. Ce repérage est basé sur l'utilisation d'auto et d'hétéro-questionnaires validés, et peut être effectué par tout professionnel en contact avec la population cible (118-120).

Pour être efficace, tout repérage doit être suivi d'une confirmation diagnostique, puis d'une prise en charge sanitaire adaptée si nécessaire (118).

- La deuxième étape consiste en une **Intervention Brève** (IB). Cette méthode, inspirée des thérapies cognitivo-comportementales, fait partie de la famille des entretiens motivationnels (121). D'une durée de 5 à 15 minutes, elle a pour but de faire prendre conscience au patient les risques et dommages encourus et de l'encourager à mettre en place des stratégies pour changer son comportement (120).

Une IB comporte plusieurs temps, définis par l'OMS sous l'acronyme **FRAMES** (122):

- **Feed back**: Le professionnel (P) restitue au patient les informations collectées lors du repérage.
- **Responsability**: P montre au patient que le changement de comportement lui appartient exclusivement.
- **Advice**: P donne son avis sur le comportement actuel du patient et sur les bénéfices attendus de sa modification.
- **Menu**: P laisse le choix au patient quant aux moyens envisageables pour changer son comportement.

- **Empathy**: P fait preuve d'empathie, il évite la condescendance, les jugements de valeur et valorise les efforts et les acquis du patient.
- **Self efficacy**: P cherche à renforcer les ressources personnelles du patient en faveur du changement et l'encourage dans sa démarche.

Selon l'OMS, le dépistage systématisé et les interventions précoces, dans le cadre de la dépression et des conduites à risque des adolescents, ont un **bon rapport coût-efficacité**, permettant de limiter les coûts liés aux complications de ces pathologies (118; 123; 124). En France, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (125), tout comme le plan antérieur 2008-2011, met en avant la nécessité de **mieux dépister et prendre en charge les jeunes en formant les professionnels** qui les entourent à ces techniques. Une expertise collective de l'Inserm sur les conduites addictives des jeunes, réalisée début 2014 à la demande de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), apporte cette même conclusion (74).

En effet, malgré l'utilisation d'outils performants, le dépistage a peu d'impact sur le mal-être et les conduites à risque des adolescents si aucune prise en charge n'est mise en place par la suite et si l'accès aux soins ne leur est pas facilité (99; 118; 119; 126)(Niveau III). Or plusieurs études ont montré qu'après dépistage, très peu d'actions avaient été entreprises pour évaluer cliniquement l'adolescent ou le mobiliser jusqu'au soin, que ce soit en médecine générale ou en milieu scolaire (127-129)(Niveau III). C'est pourquoi, la formation de tous les professionnels en contact avec les jeunes est primordiale, pour qu'ils sachent non seulement repérer le mal-être et les conduites à risque, mais aussi motiver le jeune à changer son comportement, et l'orienter vers une prise en charge adaptée et personnalisée (119). Comme le rappelle le rapport de la MILDT (125), cette formation doit concerner plus particulièrement les médecins généralistes et les professionnels de l'Éducation Nationale, en contact de manière quotidienne avec ces adolescents.

2.3.3. Les outils de repérage du mal être et des consommations à risque chez l'adolescent

Pour réaliser un repérage efficace, l'utilisation d'outils **valides, rapides et simples d'utilisation** sont nécessaires (127; 130-133). Dans le cadre du mal-être ou des conduites à risque, la performance d'un instrument de dépistage repose principalement sur une **sensibilité élevée** (peu de faux négatifs). Toutefois, la spécificité du test a aussi son importance. Une mauvaise spécificité donnerait un nombre de faux positifs élevé, et donc une charge de travail inutile. Les professionnels pourraient alors perdre confiance dans l'outil utilisé, avec un risque

d'abandon du dépistage systématique (128; 129) (Niveau III). Ces faux positifs sont d'autant mieux tolérés que le test est **court et facilement réalisable**.

De plus, l'instrument de dépistage doit être **adapté au type de recours aux soins** (ici soins primaires et milieu scolaire) **et à la population cible** (ici les adolescents), et donc avoir été évalué dans ce contexte (130; 133).

Un autre facteur de risque d'abandon du repérage systématique est le **rejet de l'outil par le jeune** (128), du fait de sa longueur ou encore de questions trop directes pouvant rompre le dialogue. Au contraire, la **continuité des soins** avec l'adolescent est un facteur favorisant le repérage. Autrement dit, la répétition des consultations, et donc la création d'un **lien thérapeutique fort basé sur la confiance**, est particulièrement intéressante pour améliorer la qualité du diagnostic puis de la prise en charge (134; 135).

Il est important de noter que les comportements à risque, notamment suicidaires, n'augmentent pas chez les adolescents bénéficiant d'un dépistage, comparativement aux autres (128; 134; 136) (Niveau III et II).

L'intérêt de la formation des professionnels de santé de premier recours au repérage précoce a été démontré puisqu'elle facilite le dialogue avec les jeunes autour de leur mal-être, augmente significativement le taux de détection des adolescents à risque suicidaire (137; 138)(Niveau III), améliore la prise en charge de la dépression et diminue le taux de suicide dans cette population (130) (Niveau III).

2.3.3.1. Le repérage du mal-être

Différents outils ont montré leur efficacité dans le dépistage du mal-être et du risque suicidaire chez l'adolescent (Annexe III), mais la plupart n'ont pas été évalués dans leur version française. Nous avons pu répertorier **4 instruments validés chez les adolescents français** (130; 139) :

➤ **Le questionnaire CES- D** (*Center for Epidemiological Studies- Depression Scale*)

Cet auto-questionnaire de dépistage de la dépression a été adapté aux enfants de **6 à 17 ans** à partir d'un questionnaire adulte, puis validé dans de nombreux pays (140; 141). Il comprend 20 items, donnant un score final entre 0 à 60, un score au-dessus de 15 signant la présence de **symptômes dépressifs**. Sa **sensibilité** chez les jeunes est de **71%** et sa **spécificité de 57%** (142). Cet outil est donc difficilement utilisable dans le dépistage systématique de la dépression du fait de **sa longueur et des nombreux faux positifs**.

➤ **Le questionnaire ADRS** (*Adolescent Depression Rating Scale*)

Ce questionnaire, conçu en France par une équipe de l'INSERM en 2006, permet de faire le diagnostic de dépression chez les **13-20 ans**. C'est l'outil le **mieux validé** (Niveau II (143)) et le **plus performant** chez l'adolescent. Composé de 10 questions, il peut aussi bien être administré sous forme d'auto que d'hétéro-questionnaire. Un score supérieur ou égal à 4/10 témoigne d'une **souffrance psychique**, et un score supérieur à 7 permet de diagnostiquer un épisode dépressif avéré. Sa **sensibilité est de 80% et sa spécificité de 60%**.

➤ **Le questionnaire HEADSS** (*Home, Education, Activities, Drugs, Sex and Suicide*) (144)

Cet outil, proposé par l'OMS pour le personnel travaillant auprès de jeunes, permet le **dépistage global des troubles psycho-sociaux** susceptibles d'affecter la santé de l'adolescent, sous forme d'un hétéro-questionnaire. Il s'agit plutôt d'une **grille d'entretien**, comportant 8 items explorant la qualité de l'environnement familial, de l'éducation, de l'alimentation et des activités (relations amicales, centres d'intérêt, projets futurs), ainsi que les consommations de SPA, la sexualité, la sécurité et le risque suicidaire. Ce questionnaire permet d'entamer le dialogue avec l'adolescent autour de sujets neutres, et ainsi le mettre à l'aise en établissant un climat de confiance, pour terminer par des questions plus sensibles. Cet outil évalue les facteurs de détresse psychologique chez l'adolescent sans toutefois en donner le degré de sévérité (pas de score). Malgré le fait que sa performance n'ait pas été évaluée, le HEADSS reste facilement utilisable en consultation et son usage est recommandé dans différents pays (139; 145).

➤ **Le questionnaire « TSTS-CAFARD »**

L'enquête « LYCOLL », menée en 1999 par des MG de Charente Maritime auprès de 3872 élèves de 3^e et de 2^{nde}, a mis en évidence l'importance du phénomène de tentatives de suicide (TS) chez les jeunes, alors que les indices de passage à l'acte se multiplient dans la période précédant cette TS (6; 23). Un grand nombre de suicidants consulte d'ailleurs leur MG peu de temps avant, pour des motifs souvent banals (6; 146). Devant ce constat, 17 MG et 3 psychiatres ont constitué le groupe « ADOC » (ADolescents et Conduites à risque), afin de concevoir un outil adapté au dépistage, à l'accueil, à la prise en charge et à l'orientation des adolescents à risque suicidaire en médecine générale.

Les résultats de l'enquête « LYCOLL » ont permis de déterminer **5 items** différenciant significativement les suicidants des non-suicidants, faciles à aborder en consultation: **les traumatismes, le sommeil, le stress, les consommations de toxiques et les relations aux autres**. Un hétéro-questionnaire a alors été construit, en 2 parties ((147), Annexe IV):

- Le **TSTS** : comprenant 4 questions « d'ouverture », ayant pour but de détecter les premiers **signaux d'alerte**.
- Le **CAFARD** : comportant 5 questions « clés », chacune associée à une réponse positive obtenue au TSTS, permettant de préciser le symptôme et son **niveau de gravité**.

Cet outil présente l'intérêt de **repérer le risque suicidaire par l'intermédiaire de plaintes indirectes**. Ces questions peuvent être abordées en tant que telles, ou bien « distillées » au cours de la consultation, pour atténuer l'éventuel caractère intrusif de l'interrogatoire.

Le TSTS CAFARD a une **très bonne performance**. Si l'on considère comme positif le test à partir du moment où le jeune est concerné par au moins 2 réponses, et négatif s'il n'est concerné par aucune situation, sa sensibilité est de 96% pour une spécificité à 43%. Si l'on considère le test comme positif à partir de 3 clés positives, la spécificité du test augmente à 82% pour une sensibilité à 91%. Ainsi, il a été montré que (147) :

- moins de 8% des adolescents ayant un test négatif ont des antécédents suicidaires.
- **30% des garçons et 50% des filles étant concernés par 2 situations** de l'ensemble du TSTS CAFARD ont **des antécédents suicidaires** (idées ou TS).
- Parmi les jeunes ayant **3 réponses positives** aux questions « clés », **la moitié ont déjà fait une TS et plus des trois quart ont eu des idées suicidaires**.

À partir de **2 réponses positives** au TSTS CAFARD, le **test** est donc considéré comme **positif**, et le professionnel doit **s'enquérir de la présence ou non d'idées suicidaires** chez le jeune.

A noter : les questions liées à la traumatologie et au tabac sont moins associées à la fréquence des antécédents suicidaires chez les garçons.

L'efficacité et l'acceptabilité de ce test de dépistage ont ensuite été évaluées auprès de 39 MG tirés au sort (148). Cette enquête a montré que l'utilisation du TSTS CAFARD **facilitait le contact** avec l'adolescent, permettait **d'ouvrir le dialogue** au-delà du motif de consultation initial, d'aborder les conduites à risque et d'approcher progressivement un mal-être qui ne s'exprime jamais spontanément, **sans** pour autant **augmenter la durée de consultation**.

En cas de dépistage positif, les MG semblaient **plus à l'aise pour aborder la question du suicide** avec l'adolescent. Ceux-ci ont d'ailleurs pu dépister des antécédents suicidaires chez 13% des adolescents, alors qu'ils n'étaient pas connus dans les 2/3 des cas.

Ainsi, l'outil de dépistage **TSTS-CAFARD a été choisi pour faire partie du « RPIB-jeunes »**, pour sa **pertinence**, sa **simplicité** et sa **facilité d'utilisation** en consultation courante de premier recours. Ce questionnaire a d'ailleurs été recommandé par le groupe de travail de la HAS en

2005, dans le dépistage des conduites à risques, que ce soit en médecine générale ou médecine scolaire (149).

2.3.3.2. Le repérage des consommations à risque

De nombreux questionnaires sont validés pour dépister les consommations à risque dans les populations adultes (AUDIT (150), FACE (151),...), mais aucun de ces tests n'a pu être validé chez les jeunes, compte-tenu de leurs spécificités. De nouveaux outils de repérages ont donc dû être construits afin de pouvoir identifier les troubles d'usage chez les adolescents, dont **2 ont été validés en français** (119; 152). Ils peuvent être utilisés aussi bien sous la forme d'auto ou d'hétéro-questionnaire.

➤ **Le questionnaire DEP-ADO**

Cet outil, développé en 2002 au Québec (153), est adapté aux jeunes de **14 à 18 ans**. Il permet un repérage des consommations problématiques au travers de **25 questions**, divisées en 7 items, évaluant le comportement de l'adolescent vis-à-vis des SPA durant les 12 derniers mois. Un score, entre 0 et 74, indique s'il y a lieu, ou non, d'orienter le jeune vers une structure spécialisée. Ce test a une très bonne **sensibilité, entre 92 et 95%**, associée à une **spécificité entre 70 et 81%** (154). Cependant, ses **questions directes** peuvent heurter la sensibilité du jeune, et le mener à transformer ses réponses ou à se renfermer sur lui-même. Ce questionnaire a été expérimenté lors de l'étude ROC-ADO par des professionnels de santé scolaire en Ile de France entre 2006 et 2008 (155), où son côté **fastidieux et sa faible « rentabilité »** (seuls 5% de repérage positif) ont fait que son usage systématique a vite été abandonné.

➤ **Le questionnaire ADOSPA (Auto-Détente-Oubli-Solitude-Problèmes-Amis/Famille)** (156)

Il s'agit de la version française du questionnaire CRAFFT (*Car-Relax-Along-Forget-Family/Friend-Trouble*), construit puis validé aux Etats-Unis en 2002 (157) puis par une méta-analyse en 2011 (158). Il est composé de **6 questions** à réponses dichotomiques « oui/non », recherchant des situations de consommations à risque chez le jeune (Annexe V). **Toute réponse positive** est le reflet d'un **usage à risque, 2 réponses positives** indiquant un **usage nocif**. Cet outil a une **très bonne performance**, avec une sensibilité de 92,8% et une spécificité de 77,1% (159). Il présente, en outre, l'avantage d'être très **court et facile à intégrer dans une consultation** de routine de premiers recours. Il s'intéresse aux **comportements et aux conséquences induites par les consommations** de SPA actuelles et passées, et non à la quantification directe de l'usage de substances.

Une étude clermontoise de 2004 (119), montrait que la formation de travailleurs sociaux à ce questionnaire permettait à ces professionnels, non seulement **d'aborder plus aisément** la question de la consommation de SPA, mais aussi **d'orienter plus facilement** vers une consultation médicale.

Enfin, cet outil a été recommandé par le groupe de travail de la HAS en 2005, dans le dépistage des consommations de SPA, que ce soit en médecine générale ou scolaire (149).

Ainsi, le **questionnaire ADOSPA a été choisi pour intégrer le « RPIB jeunes »**.

2.3.4. Les interventions brèves chez l'adolescent

Aujourd'hui, ce sont près de 200 essais contrôlés-randomisés et plus de 15 méta-analyses qui valident l'utilisation et l'efficacité des IB chez l'adulte en soins primaires (9; 10).

L'utilisation d'une IB est recommandée par l'OMS dans la prise en charge des comportements problématiques, quel qu'en soit leur nature, en dehors de symptômes de dépendance (122).

L'objectif est alors une **réduction de la consommation** afin **d'éviter l'apparition ou l'aggravation de dommages** liés à ce comportement (120).

Chez l'adolescent, les études sont moins nombreuses, mais elles tendent à confirmer le rôle important que peuvent tenir les IB dans l'obtention d'un **changement de comportement** chez les jeunes, et ce dans différents domaines (160; 161), à la fois en soins primaires (162-164) et en milieu scolaire (161; 165-167).

Les essais sont plus nombreux dans le **domaine des SPA** (165; 167-169), où cette technique a démontré qu'elle permettait une diminution des consommations chez les jeunes consommateurs à risque et une réduction des complications liées à l'usage de substance, que ce soit pour l'alcool (170; 171), le tabac (164; 166; 172) ou d'autres substances (173). Toutefois, certaines études ont montré l'efficacité des IB sur **d'autres comportements à risque** chez les adolescents (165), tels que les conduites sexuelles (174; 175), les violences (176; 177) ou les habitudes alimentaires (161; 178). Elles auraient aussi un intérêt dans la prise en charge de la symptomatologie dépressive (179).

La **faisabilité et la bonne acceptabilité de la pratique des IB-motivationnelles en milieu scolaire** ont été démontrées dans l'étude ROC-ADO (155).

Comme déjà explicité précédemment, une IB doit comprendre les 5 items FRAMES, issus des entretiens motivationnels (122):

Le **feedback** (restitution du repérage) est encore plus important chez l'adolescent, car il lui permet de se rendre compte de la réalité de son comportement (quantité de substance consommée, fréquence...) et de **prendre conscience** des **risques potentiels encourus**.

Le jeune est alors encouragé à examiner les avantages et les inconvénients de son comportement, et à réfléchir aux bénéfices qu'il pourrait obtenir en le changeant: sur sa santé (éviter les passages aux urgences, éviter une grossesse non désirée,...), sur le plan financier (économiser pour voyager...) et sur le plan social (ne pas sentir la cigarette, ne pas devenir violent en ayant bu, ...). Il s'agit de favoriser la parole de l'adolescent et de l'écouter.

D'autre part, l'implication du jeune est indispensable (**responsability**), pour qu'il s'aperçoive qu'il est **acteur de sa santé** et que lui seul peut induire un changement dans son comportement. L'adolescent, en plein processus d'autonomisation, est d'autant plus réceptif à cette responsabilisation qu'elle répond à son besoin de reconnaissance en tant qu'individu.

L'intervenant peut alors lui donner son **avis d'expert** sur les limites entre comportement normal et à risque (qu'est-ce qu'un verre standard d'alcool, qu'est-ce qu'une consommation modérée d'alcool, effets potentiels du cannabis...).

- A ce stade, il est possible de situer le degré de motivation au changement chez le jeune (Figure 2) :

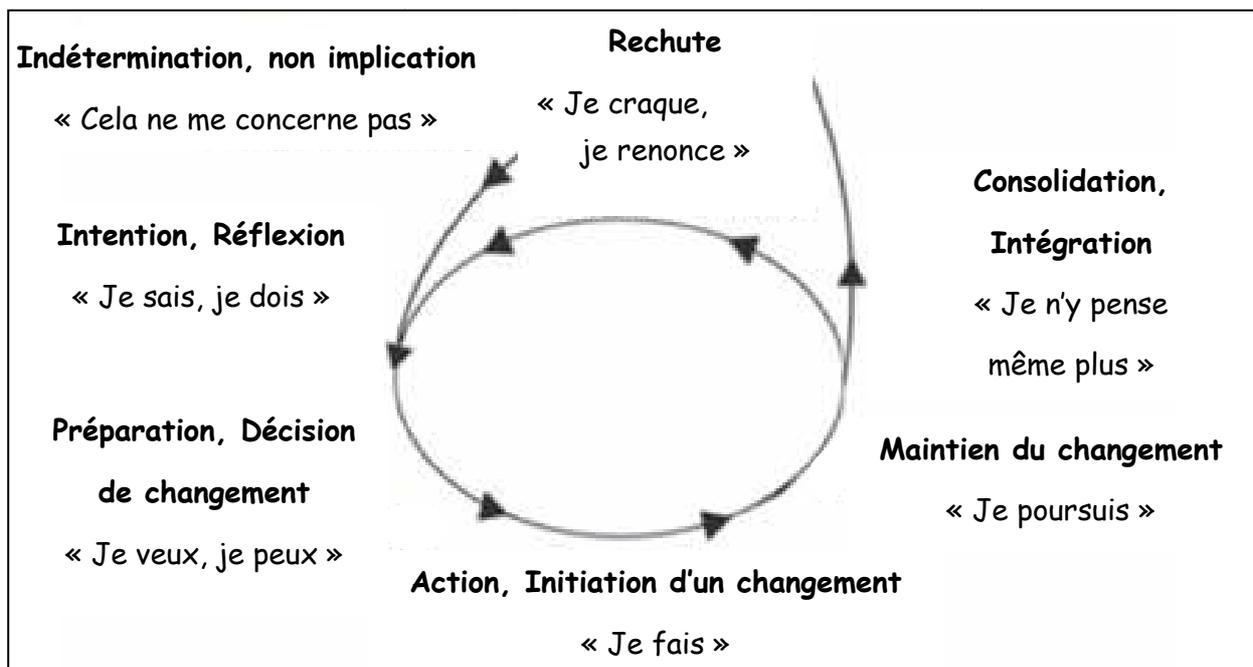


Figure 2: Stades motivationnels selon Prochaska (180)

- **Si l'adolescent envisage qu'un changement est possible**, l'intervenant doit alors l'aider à **trouver des solutions** à son problème, en se basant sur ses propres idées et en lui laissant le **choix sur les modalités d'action (Menu)**: se limiter à 4 verres en soirée, ne pas boire avant d'aller en boîte, ne pas fumer pendant les vacances, ne pas consommer seul, trouver une occupation de substitution, réduire les occasions,... Le jeune va ainsi **se fixer des objectifs**, qui soient **adaptés** à lui et **réalisables**, afin d'atteindre un mode de vie plus sain.
- **Si l'adolescent n'est pas prêt à changer**, il est nécessaire de **respecter son choix**, tout en s'assurant qu'il est bien conscient des risques encourus. L'intervenant doit alors lui assurer qu'en cas de besoin, il **reste à sa disposition** à tout moment pour en reparler.

Tout au long de l'entretien, le professionnel doit rester bienveillant et empathique, approuver les choix du jeune, encourager son envie de changer, valoriser ses démarches et voir l'avenir avec optimisme (**empathy** et **self efficacy**). Cela permet de **renforcer l'estime de soi** du jeune, en lui montrant qu'il est capable de mettre en place des changements dans ses comportements pour améliorer sa santé. Il s'agit de mettre en place un « **partenariat** » avec lui, basé sur une **relation de confiance**. Pour faciliter cela, il est nécessaire de rassurer l'adolescent, en lui rappelant que tout professionnel médico-social est soumis au **secret professionnel**: « Tout ce qui est dit ici restera entre nous »...

Enfin, il est important de **résumer** en quelques phrases l'entretien: redéfinir le problème, l'intérêt du jeune à changer, reformuler les méthodes choisies par l'adolescent pour diminuer les risques et proposer de refaire le point lors d'une prochaine consultation (donner un rendez-vous). L'intervenant a un rôle d'aide et d'« appui » auprès du jeune, il doit pouvoir lui proposer de le revoir quand il en ressentira le besoin : « *je reste à ta disposition...* ».

Il est conseillé de fournir à l'adolescent un « **document ressource** » en fin d'intervention, qu'il soit ou non motivé à changer son comportement. Ce document doit contenir des informations concernant son comportement et ses conséquences, mais aussi sur les différents lieux d'accueil et d'informations, numéros de téléphones et sites internet existants, pour qu'il puisse s'y référer en cas de besoin.

Tout adolescent ayant présenté un comportement à risque et ayant bénéficié d'une IB doit être **suivi** par la suite, pour faire état de l'évolution de son comportement et de sa motivation au changement (169). **En cas d'échec** de l'IB, le jeune pourra être **orienté vers une structure de**

soin adaptée. Toutefois, une orientation n'est possible que si le jeune y adhère (sauf urgence). L'IB peut alors avoir pour objectif de motiver le jeune à consulter une structure spécialisée.

En cas de symptômes sévères de mal-être (idées suicidaires, trouble d'usage sévère, comorbidités psychiatriques...), une IB ne suffit pas et une **prise en charge plus intensive et spécialisée est nécessaire** rapidement, voire en urgence (168-170).

Pour que le principe des IB soit appliqué au maximum dans les populations adolescentes, il est nécessaire que les **professionnels** travaillant au plus près de ces jeunes **soient formés** (74; 125). Plusieurs enquêtes chez les professionnels de santé scolaire montrent que la formation aux IB les aide à mieux accompagner et orienter les jeunes, en leur faisant prendre conscience des risques encourus et en faisant émerger leur motivation intrinsèque (155; 181).

2.4. La formation « RPIB Jeunes »

2.4.1. Construction de l'outil de formation « RPIB jeunes »

Au vu de ce qui précède, il a été décidé, en 2008, de développer une formation pour les professionnels en contact avec les adolescents dans notre région, sur les principes du **RPIB**, mais de manière **adaptée à la population adolescente**. Cette formation originale, dite « RPIB jeunes », a été développée sous la coordination d'AGIR 33, par un panel aquitain de professionnels issus des soins primaires et spécialisés. Ces formations se veulent **transversales** et **accessibles à tous les professionnels en interaction avec des jeunes**, et/ou ayant la légitimité pour les écouter. Le contenu des formations ainsi développées est décrit plus loin.

2.4.2. Mise en place de formations en Aquitaine : De la formation de médecins généralistes à la formation des professionnels de santé de l'Éducation Nationale.

Depuis 2009, plus de 1000 professionnels ont bénéficié de la formation « RPIB jeunes ». Initialement, la formation était plutôt proposée aux MG, mais rapidement de nombreux professionnels travaillant au contact des jeunes et en demande de formation ont pu y participer : professionnels de santé scolaire; enseignants; assistants sociaux; conseillers pédagogiques; psychologues; psychiatres; pédiatres; gynécologues; pharmaciens... Ces premières années d'expérimentation ont permis d'identifier la demande importante des

professionnels, d'améliorer le contenu de cette formation et de former un plus grand nombre de formateurs, afin d'aboutir à une formation qui soit évaluable.

Depuis 2011, AGIR 33 assure la coordination du RPIB sur la région Aquitaine.

Début 2012, le service de santé scolaire de l'Inspection Académique a sollicité AGIR 33 pour assurer la formation de **tous les professionnels médico-sociaux scolaires (PMSS) de la Gironde** au « RPIB jeunes ». Ce projet a été financé par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) d'Aquitaine. Douze sessions de formation d'une journée ont alors eu lieu, entre **avril 2012 et mai 2013**, organisées dans les établissements scolaires et réunissant les professionnels de proximité, pour un total de **219 participants**.

2.4.3. Objectifs de la formation « RPIB jeunes »

L'objectif principal de la formation « RPIB jeunes » est d'obtenir une **amélioration de l'opinion** des PMSS concernant le sentiment **de savoir aider** les jeunes en difficultés. Ceci peut passer par des changements simples en **levant certains obstacles** idéologiques (sentiment de compétence, sentiment d'efficacité, sentiment d'utilité....) et concrets (manque de connaissance des ressources, manque de temps...). L'importance de ces obstacles vécus sont, en général, représentatifs du savoir-faire acquis par les PMSS. Il s'agit donc de **faciliter la rencontre et la communication entre l'adolescent et le PMSS** en diminuant les difficultés rencontrées pour aborder les thématiques du mal-être et des conduites addictives, et donc augmenter la pratique du repérage et la prise en charge adéquate du jeune. En effet, la prise de confiance dans leurs compétences et la levée de certains obstacles devraient permettre une **plus grande implication de PMSS**.

Le choix a été fait de mettre en place une formation courte (moins chère et demandant moins d'investissement des participants) afin de pouvoir former un maximum de professionnels.

2.4.4. Contenu de la formation « RPIB jeunes »

Le contenu de la formation « RPIB jeunes » peut se résumer ainsi :

LA RENCONTRE – Devenir une ressource pour le jeune

- Aborder les « choses » et laisser les « choses » se dire.
- Se centrer sur le jeune et ce qui fait problème pour lui.
- Concilier un espace libre de parole, avec un minimum d'éléments à repérer, pour mieux se connaître.

LE SAVOIR – La compétence et la confiance

- S'intéresser aux modes de consommation des jeunes
- Détecter les risques liés aux consommations et aux conduites
- Différencier ce qui est banal de ce qui est inquiétant.

LE PARTENARIAT – Des compétences partagées autour du jeune

- Connaître les ressources sur le territoire et à distance
- Avoir des connaissances, des outils et des discours partagés
- Mieux communiquer avec les structures spécialisées locales.

Pour cela, différentes connaissances et outils sont nécessaires (cf. chapitres antérieurs):

- **Connaître les signes et symptômes de mal-être** chez les jeunes et les **signes de gravité** (Acronyme P.I.R.E.)
- Savoir **utiliser des questionnaires validés** pour dépister le mal-être (TSTS CAFARD) et les consommations problématiques (ADOSPA)
- Savoir **intervenir de manière appropriée et efficace** :
 - Connaître et savoir utiliser la méthode d'intervention brève.
 - Savoir orienter : vers le médecin traitant, coordonnateur des soins, et vers les structures spécialisées locales : Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie en ambulatoire (CSAPA),...

L'apport de connaissances, adaptées aux besoins des participants, est complété d'échanges autour de situations vécues, de vidéos et de mises en situation. Un temps initial est consacré à un travail sur les représentations de chacun, grâce à un photo-langage. Un temps intermédiaire est voué à la présentation des structures ressources du territoire, qui sont invitées.

2.4.5. Les formateurs

Sauf exception, 2 formateurs animent chaque formation: un professionnel des soins primaires (MG, professionnel de santé scolaire....) et un professionnel du champ spécialisé (psychologue, éducateur, psychiatre.....), préalablement formés au « RPIB jeunes » et le pratiquant dans leur activité quotidienne.

2.4.6. Nécessité d'évaluer les changements chez les professionnels suite à ces formations.

Depuis la création de l'outil de formation « RPIB jeunes », ***l'impact de ces formations sur les perceptions et attitudes déclarées des professionnels n'a pas encore été étudié.***

Dans le cadre du dialogue de gestion entre AGIR 33 et l'ARS, l'obtention d'un financement pour la formation de la totalité des PMSS de la Gironde a été conditionnée à la réalisation d'une évaluation.

Lors des échanges avec le Docteur Philippe CASTERA, coordinateur médical d'AGIR 33, dans le cadre de ma recherche, nous avons convenu que ce travail pourrait constituer une opportunité importante et intéressante pour nos objectifs respectifs.

2.5. La question de recherche

La formation au « RPIB jeunes » modifie t'elle les opinions des PMSS sur les difficultés qu'ils rencontrent lors du repérage et la prise en charge des jeunes scolarisés présentant un mal-être et/ou des consommations problématiques?

2.6. Objectifs de l'étude

2.6.1. Objectif principal

Mesurer les changements d'opinions des PMSS de la Gironde suite aux formations « RPIB jeunes » concernant le sentiment de savoir aider les jeunes scolarisés ayant des consommations de SPA.

2.6.2. Objectifs intermédiaires

Il s'agit de mesurer l'évolution des opinions et des pratiques déclarées des PMSS entre avant et après la formation « RPIB jeunes » concernant :

- *L'importance des obstacles* perçus pour aborder les consommations de SPA.
- Le *caractère plus ou moins systématique du repérage* dans leurs pratiques.
- Le sentiment de *savoir orienter* les jeunes ayant des consommations à risque.
- Les *autres difficultés* rencontrées sur la thématique (question ouverte).

Ainsi que leur *satisfaction* concernant cette formation.

3- Matériel et méthodes

Deux enquêtes sont réalisées autour de la formation « RPIB jeunes » des PMSS de la Gironde :

- Une enquête « avant-après », qui est l'objet principal de notre travail de thèse, que nous considérons comme « l'étude » dans les chapitres suivants.
- Une enquête de satisfaction, présentée en chapitre 3.7, susceptible de nous fournir des éléments complémentaires pour la discussion.

3.1. Schéma de l'étude

Étude observationnelle longitudinale prospective de type comparaison « avant-après ».

3.2. Population cible et population source

La **population cible** correspond à l'ensemble des professionnels médico-sociaux scolaires (PMSS) des établissements du second degré de la Gironde. Leur nombre exact entre avril 2012 et mai 2013 n'est pas disponible. Pour l'année scolaire 2011-2012, ils étaient au nombre de 257 (187 IS, 30 MS et 40 AS), dont environ 40 contractuels et vacataires (106; 107; 113).

La **population source** est celle des PMSS ayant participé aux formations RPIB jeunes entre avril 2012 et mai 2013. Ces formations étant rendues obligatoires par l'Éducation Nationale pour l'ensemble de ces professionnels, la population source est égale à la population cible.

3.3. Population étudiée

Les **critères d'inclusion** sont les suivants :

- Les PMSS de la Gironde (Académie de Bordeaux).
- Travaillant en lien avec les collèges et lycées de la Gironde
- Ayant été convoqués par l'Éducation Nationale aux formations « RPIB jeunes ».
- Ayant participé à l'une des 12 formations « RPIB jeunes » proposées en Gironde entre Avril 2012 et Mai 2013.
- Ayant complété au moins un des questionnaires parmi le questionnaire auto-administré (QAA) « avant » et le QAA « après ».

Les **critères de non inclusion** sont les suivants :

- Les participants à la formation ayant une profession autre.
Le choix a été fait de ne pas inclure les professionnels en formation (élèves infirmiers, internes en médecine...) et ceux ne travaillant pas directement au contact des jeunes et ayant plus un rôle de conseil (conseillers techniques des services médico-sociaux...). Les psychologues scolaires n'ont pas été inclus du fait de leur faible effectif et qu'ils étaient plus difficilement joignables pour l'administration d'un questionnaire « après », car ne dépendant pas d'un établissement en particulier.
- Les participants à des formations proposées en dehors de la Gironde.

Les **critères d'exclusion** sont les non-répondants aux QAA et les questionnaires inexploitable, c'est-à-dire tout QAA ne permettant pas l'identification de la profession ou n'ayant aucune réponse.

3.4. Outils d'évaluation et mode de recueil

3.4.1. Construction des questionnaires évaluant l'impact de la formation sur les opinions des PMSS.

Il s'agit de deux QAA courts, simples et anonymes, **identiques pour les versions « avant » et « après »**, dont l'objectif est de recueillir les perceptions et attitudes déclarées des PMSS sur le repérage et la prise en charge des jeunes ayant des consommations à risque de substances psychoactives.

Notre outil d'évaluation est une version simplifiée et polyvalente du questionnaire « Perceptions et attitudes en matière d'alcool » (182) conçu en 2006 par l'OFDT (C. DIAZ-GOMES et M. MILHET) en collaboration avec les membres du réseau AGIR 33 (J-L. DEMAUX, B. FLEURY, A. LAZES et Ph. CASTERA), permettant d'évaluer l'impact des formations « RPIB alcool » chez les médecins généralistes. Ce dernier a pu être expérimenté à de nombreuses reprises ses dernières années sur des populations variées de professionnels dans toute la France.

Notre questionnaire a d'abord été validé lors d'un comité de pilotage de la coordination régionale « RPIB » d'Aquitaine, puis il a subi une phase « test », où il a été administré à un public de professionnels, comprenant des infirmiers scolaires. Cette étape a permis au réseau de l'optimiser. Ainsi, quelques modifications accessoires ont été réalisées depuis sa création, mais aucune question n'a été changée durant l'étude.

3.4.2. Contenu des QAA « avant » et « après »

Les QAA « avant » et « après » sont donc exactement identiques. Le questionnaire total est consultable en annexe (Annexe VI). Il est constitué de :

- Une **question préliminaire**, évaluant le **profil du « répondant »** : profession et participation ou non à une formation antérieure sur la souffrance psychique et les addictions des jeunes et/ou sur les modalités des interventions brèves.
Pour garantir l'anonymat des réponses, aucun nom ni identifiant n'est demandé.
- Une **Première question**, à choix multiple, permettant d'évaluer la pratique habituelle des professionnels quant à la **fréquence du dépistage des consommations à risque** chez les jeunes.
- Trois **questions fermées à choix multiples**, de type échelles de LIKERT :
 - Une série de **10 questions** évaluant l'opinion des PMSS sur l'importance des **obstacles** qu'ils rencontrent dans leurs pratiques, **pour aborder les consommations** de SPA.
 - Une question explorant le **sentiment de savoir aider** les jeunes ayant des comportements à risque en rapport avec les SPA.
 - Une question évaluant le **sentiment de savoir orienter** les jeunes ayant des consommations à risque.
- Une **question ouverte finale**, permettant aux professionnels d'exprimer les difficultés qu'ils souhaitent souligner.

3.4.3. Administration et circuit des QAA « avant » et « après »

- **Le QAA « avant »** est distribué par les formateurs à tous les participants au début de chaque formation, puis récupéré, de manière anonyme et groupée, quelques minutes plus tard. Après chaque formation, les questionnaires sont remis par les formateurs au réseau AGIR 33, où ils sont triés selon le lieu de formation.
- **Le QAA « après »** est envoyé par courrier postal à tous les participants répondants aux critères d'inclusion, 3 mois après la formation. Ces questionnaires, une fois remplis, sont retournés au réseau par courrier postal. Deux rappels sont adressés en cas de non réponse dans un délai d'un mois et de deux mois.

3.5. Critères de jugement

3.5.1. Critère de jugement principal

Réponse des PMSS à la question concernant le « *sentiment de savoir aider* » les jeunes ayant des consommations à risque.

3.5.2. Critères de jugement secondaires

Ils ont pour objectifs d'apporter des précisions complémentaires au critère de jugement principal. Il s'agit des réponses aux questions concernant :

- L'*importance des obstacles* perçus *pour aborder les consommations* de SPA.
- Le *caractère plus ou moins systématique du repérage dans leurs pratiques*.
- Le sentiment de *savoir orienter* les jeunes ayant des consommations à risque.
- Les *autres difficultés* rencontrées sur la thématique.

Chez les PMSS en général, puis selon la profession et le lieu de formation.

3.6. Saisie et traitement des données

3.6.1. Saisie des données

La saisie des données est réalisée sur le logiciel Microsoft Excel 2007©, selon les procédures habituelles, après codage des données de façon à les rendre exploitables statistiquement. Les données saisies sont vérifiées par une deuxième personne à partir des documents « papier » archivés.

3.6.2. Analyse des données

Le traitement statistique des données est réalisé avec l'aide de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED, Université de Bordeaux), par 3 étudiants de Master 1 de santé publique : Amandine Fillol, Thierry Tiendrebeogo et Lucile Migault, dans le cadre d'une action pédagogique. La coordination de ce travail avec ces étudiants est assurée par Audrey Gonneau (chargée de mission du réseau AGIR 33, Master 2 « promotion de la santé et développement social »), ainsi que par moi-même.

3.6.2.1. Analyse descriptive

Les données sont analysées en exprimant les variables qualitatives sous forme d'effectifs et de pourcentages. Les logiciels EpiInfo© et R© sont utilisés.

Dans les groupes « avant » et « après » formation, nous décrivons dans le chapitre suivant les caractéristiques des enquêtés puis leurs opinions et pratiques déclarées concernant le sentiment de savoir aider les jeunes, la recherche des consommations, les obstacles pour les aborder et l'orientation des jeunes consommateurs à risque.

Pour ce qui est de la description des obstacles, nous avons choisi de les traiter d'abord un à un puis de les regrouper en **deux grands thèmes** selon qu'ils concernent :

- Le **PMSS, sa pratique, ses connaissances et ses représentations**, comprenant les items : « *Ces questions prennent beaucoup de temps* », « *Une fois les consommations connues, on ne sait pas quoi faire* », « *J'éprouve personnellement une gêne à aborder ces questions* », « *Pourquoi s'investir puisque c'est si souvent voué à l'échec* » et « *J'ai des difficultés à aborder les jeunes en général* ».
- Les **jeunes, ses parent et autres tiers**, comprenant les items « *Les parents ou un tiers sont souvent présents* », « *La personne craint que nous informions les parents* », « *La personne minimise systématiquement les quantités consommées* », « *La personne ne souhaite pas parler de sa consommation* » et « *C'est difficile si la personne n'est pas venue pour ça* ».

Pour chaque question, l'existence ou non d'une **association entre les réponses** obtenues, le **type de profession et le lieu de formation**, est recherchée.

En ce qui concerne la question ouverte finale, les réponses données sont retranscrites puis regroupées par thèmes afin de faire ressortir les **principales difficultés rencontrées par les PMSS** avant et après la formation. Les réponses n'apparaissant une seule fois sont éliminées.

3.6.2.2. Comparaison des données

Aucune information d'identification n'étant demandée dans nos QAA, nous ne pouvons pas apparier nos données. Nous effectuons donc notre analyse statistique en considérant les deux **séries** « avant » et « après » formation comme étant **indépendantes**, permettant une **comparaison globale**, et non individuelle, des réponses. Les non-réponses de la série « après » sont considérées comme des données manquantes.

Tout d'abord, une **comparaison** entre les groupes « avant » et « après » formation est effectuée, sur :

- Le **sentiment** des PMSS **de savoir aider les jeunes** ayant des consommations problématiques de SPA (critère de jugement principal).
- Les situations dans lesquelles les PMSS **recherchent des consommations problématiques** chez les jeunes.
- Les **obstacles** rencontrés par les PMSS pour aborder ces consommations.
- Le **sentiment** des PMSS **de savoir orienter** les jeunes.

Ces mêmes comparaisons sont ensuite effectuées de manière stratifiée, **selon la profession et selon le lieu de formation**.

Pour la comparaison de ces variables qualitatives, nous utilisons :

- Le **test du Chi2** dans les cas où les effectifs théoriques sont supérieurs à 5.
- Le **test de Fisher** dans le cas où les effectifs théoriques sont inférieurs à 5.

Pour ces tests de comparaison de proportions, nous utilisons les logiciels R© et SAS©.

Nous fixons le **seuil de significativité statistique à 0,05**.

3.7. Enquête de satisfaction

Pour compléter notre étude, une enquête de satisfaction a été remise à tous les participants à la fin de chacune des 12 formations « RPIB jeunes » ayant eu lieu entre avril 2012 et mai 2013, sans distinction de profession.

Il s'agit d'un QAA **anonyme, court, simple et polyvalent** élaboré par le réseau AGIR 33 en 2006. Depuis, il est utilisé à la fin de toutes les formations proposées par le réseau, afin d'évaluer la satisfaction des participants à ces formations, et de pouvoir ensuite comparer les résultats selon les types de formation.

Ce QAA, consultable dans l'annexe VII, est constitué de questions fermées à choix multiple, explorant l'opinion du participant à la formation sur:

- **L'organisation matérielle et logistique** de la formation
- Les **intervenants**
- L'**apport** de la formation au niveau de ses **connaissances**
- L'**impact** envisagé sur sa **pratique**
- La **réponse à ses attentes**

Une **question ouverte finale** permet aux participants de proposer des **modifications à apporter à la formation afin de l'améliorer**.

Aucune question de ce QAA ne permet de caractériser ou d'identifier les répondants selon leur profession. Par contre, les lieux de formation des répondants sont connus.

Le critère de jugement principal de cette enquête est la satisfaction des PMSS suite à la participation à la formation « RPIB jeunes », sur les différents indicateurs du QAA.

Pour ce QAA, la saisie et l'analyse descriptive des données sont réalisées de la même manière que dans l'étude « avant/après » (cf. p 68).

4- Résultats

4.1. Population de l'étude

4.1.1. Nombre de participants aux formations et nombre de questionnaires.

4.1.1.1. Diagramme de flux

La figure 3 détaille les questionnaires recueillis à partir des participants à la formation :

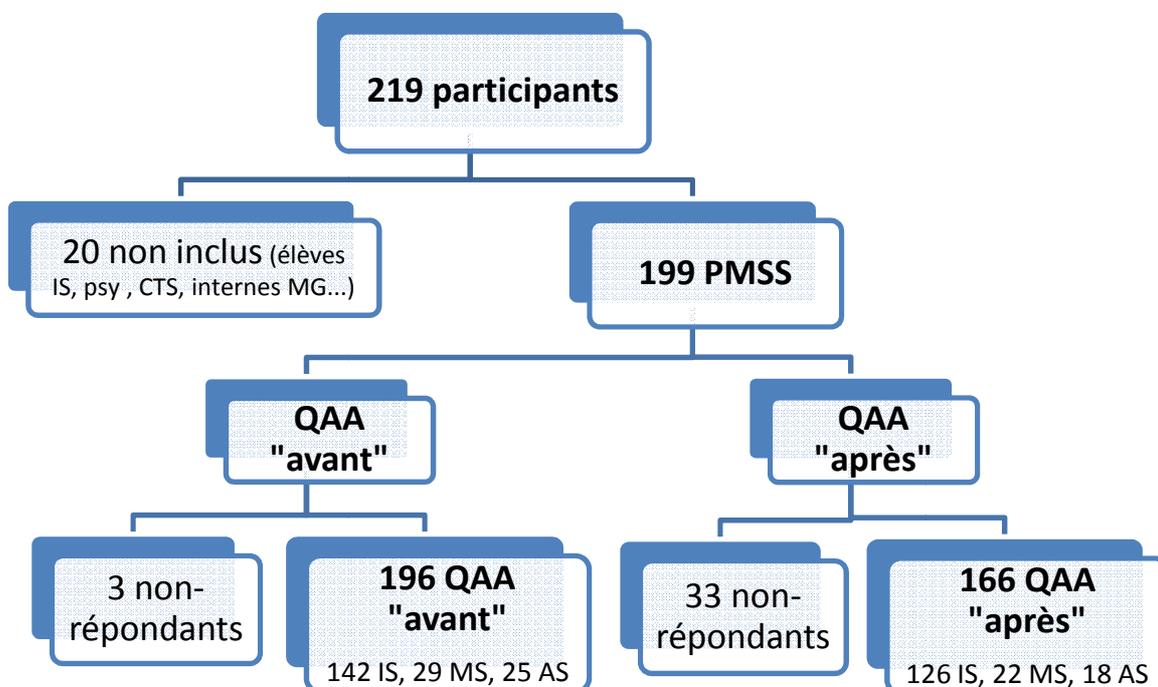


Figure 3: Diagramme de flux

(IS : infirmiers scolaires, MS : Médecins Scolaires, AS : Assistants sociaux scolaires, psy : psychologues, CTS : conseiller technique du service social, MG : médecine générale).

4.1.1.2. Taux de participation aux formations

199 PMSS ont participé aux formations sur les 257 PMSS recensés en Gironde durant l'année scolaire 2011-2012, ce qui ferait un taux de 77,4% de participation si l'on prend en compte à la fois les titulaires, les vacataires et les contractuels. Les raisons pour lesquelles certains ne se sont pas présentés aux formations nous sont inconnues. Si nous déclinons le taux de

participation selon la profession, nous pouvons observer que 75,9% des IS, 96,7% des MS et 62,5% des AS ont participé à la formation « RPIB jeunes » proposée.

4.1.1.3. Taux de participation aux QAA

- Parmi les 219 participants à la formation « RPIB jeunes », 199 répondaient aux critères d'inclusions.
- **99,5% des PMSS ont répondu au QAA « avant »**. Les 3 questionnaires non-récupérés correspondent aux personnes qui n'ont pas souhaité répondre ou qui sont arrivées en retard et n'ont donc pas reçu le questionnaire. Sept participants ayant des professions autres ont aussi répondu au QAA « avant » (quatre élèves infirmiers, un conseiller technique du service social et deux psychologues scolaires). Ils n'ont pas été inclus dans les analyses.
- **83,4% des PMSS ont répondu au QAA « après »**. 33 PMSS ont été perdus de vue, avec une moyenne de 3,8 non répondants par formation pour les formations ayant eu lieu en fin d'année scolaire (QAA « après » envoyé au début de l'année suivante), et de 1,6 non répondants par formation pour celles ayant eu lieu à une autre période de l'année (Tableau 1, en gras les formations ayant eu lieu en avril ou mai 2012 ou 2013).

Tableau 1: Nombre de QAA obtenus avant et 3 mois après la formation, selon le lieu et la date de formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013.

Lieu de formation	Date de formation	Nombre de QAA "avant"	Nombre de QAA "après"
Arcachon	10/05/2012	10	10
Bègles	21/02/2013	13	11
Blaye	12/04/2012	13	9
Bordeaux	21/03/2013	15	12
Carbon Blanc	25/04/2013	12	8
Cenon	11/04/2013	21	15
Langon	15/11/2012	24	18
Le Taillan	28/02/2013	16	16
Libourne	25/10/2012	24	23
Pauillac	14/02/2013	9	8
Pessac	16/05/2013	20	15
Talence	13/12/2012	19	21
TOTAL		196	166

QAA : questionnaire auto-administré

4.1.2. Caractéristiques de la population étudiée

4.1.2.1. Professions

La distribution des professions dans la population étudiée a pu être comparées avec celle de la population cible (PMSS de la Gironde). Il n'y a pas de différence significative de profession entre ces populations ($p=0,2$) (Tableau 2).

Tableau 2: Répartition de la population étudiée et de la population cible selon la profession. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013.

	Répondants avant formation		Répondants après formation		PMSS de la Gironde	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
AS	25	12,7	18	10,8	40	15,6
IS	142	72,5	126	75,9	187	72,7
MS	29	14,8	22	13,3	30	11,7
Total	196	100	166	100	257	100

AS : assistant sociaux scolaires, IS : infirmiers scolaires, MS : médecins scolaires

Les IS sont majoritaires dans tous les groupes (plus de 70% dans chaque cas) alors que les MS et AS sont moins nombreux (entre 10 et 15%).

4.1.2.2. Nombre et lieux de formation

Les formations « RPIB jeunes » ont été organisées sur 12 sites différents. Entre 9 et 26 personnes ont participé à chaque session (respectivement à Pauillac et à Libourne), avec une moyenne de 18 participants par formation.

Nous avons obtenus entre 9 (Pauillac) et 24 (Langon et Libourne) QAA « avant », avec une moyenne de 16,3 QAA par formation ; et entre 8 (Pauillac) et 21 (Talence) QAA « après », avec une moyenne de 13,8 QAA par formation (Tableau 1, Figure 4).

Dans la majorité des cas, les PMSS participent à la formation la plus proche de leur lieu d'exercice. Toutefois, nous ne pouvons comparer la répartition du lieu de formation de la population étudiée à la répartition du lieu d'exercice des PMSS de la Gironde car les données ne sont pas disponibles.

Le graphique suivant représente la distribution des répondants selon le lieu de formation, qui n'est pas significativement différente dans le groupe « avant » et « après » formation (Figure

4). Ce graphique illustre la diversité, en nombre et en lieux, des formations « RPIB jeunes » mises en place dans notre étude.

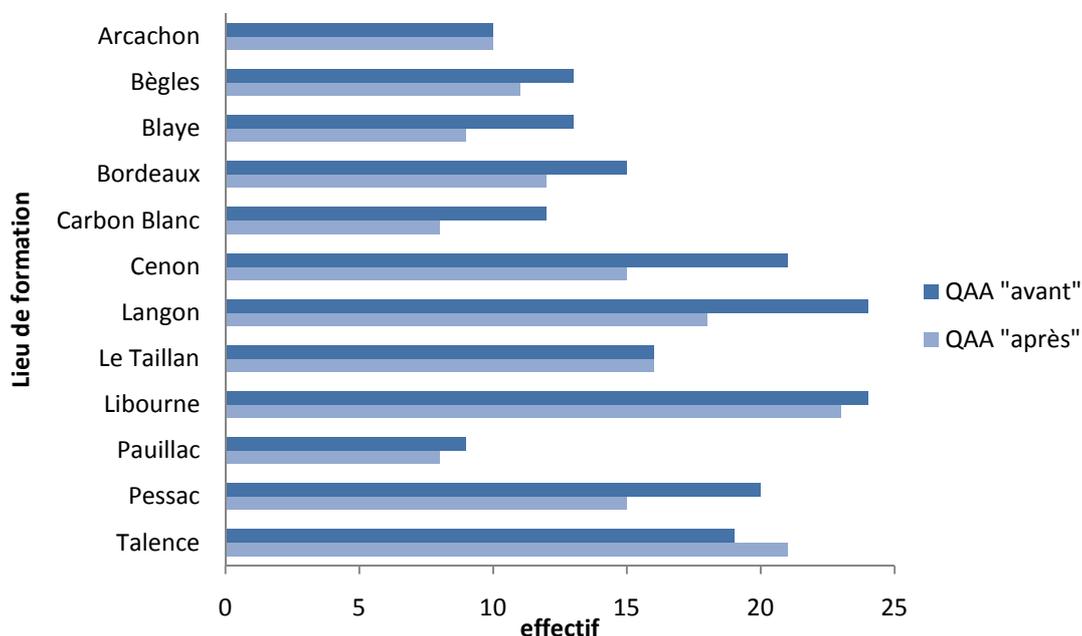


Figure 4: Répartition des répondants aux QAA « avant » et « après » selon le lieu de formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013.

4.1.2.3. Participation antérieure à une formation

Parmi les répondants, **53,1%** ont déclaré avoir déjà **participé à une formation traitant du repérage** (RP) du mal-être et des consommations de SPA chez les jeunes, **12,2%** ont déclaré avoir participé à une **formation antérieure** traitant des **interventions brèves** (IB). **45,9%** des PMSS inclus **ont déclaré n'avoir participé** auparavant **à aucune** des deux **formations** de ce type (Tableau 3).

Le tableau 3 illustre la différence de participation déclarée à ces formations selon la profession (en gras les chiffres correspondant à plus de 50% de chaque groupe). Cette **différence** est statistiquement **significative** en ce qui concerne la formation au RP ($p=0,008$). En effet, **une majorité de MS et d'AS déclarent avoir bénéficié de formations en matière de RP** tandis que plus de la moitié des IS déclarent n'y avoir jamais été formé (Tableau 3).

Par contre, il n'existe pas de différence significative entre les professions pour les formations aux IB ($p>0,05$).

Tableau 3: Participation déclarée à une formation antérieure, selon la profession. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013. N=196.

	AS		IS		MS		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Aucune formation antérieure	6	24,0	74	52,1	10	34,5	90	45,9
Formation au RP et à l'IB	4	16,0	14	9,9	4	13,8	22	11,2
Formation au RP seul	15	60,0	52	36,6	15	51,7	82	41,9
Formation à l'IB seul	0,0	0,0	2	1,4	0	0,0	2	1,0
TOTAL	25	100,0	142	100,0	29	100,0	196	100,0
Total des répondants formés au RP	19	76,0	66	46,5	19	65,5	104	53,1
Total des répondants formés à l'IB	4	16,0	16	11,3	4	13,8	24	12,2

AS: assistant sociaux scolaires, IS: infirmiers scolaires, MS: médecins scolaires, RP: repérage précoce, IB: interventions brèves

D'autre part, Il existe une association statistiquement *significative entre le lieu de formation et la participation antérieure à des formations sur les IB* ($p=0,002$). En effet, les formations ayant eu lieu à **Langon, Blaye et Le Taillan** ont accueilli entre **un quart et un tiers des PMSS formés à cette technique** parmi les participants (en gras, Tableau 4). Par contre, aucune association entre le lieu d'exercice et la participation antérieure à des formations au RP n'a été mise en évidence ($p>0,05$).

Tableau 4: Participation à des formations antérieures sur les modalités des interventions brèves selon le lieu de formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013. N=196.

	Oui		Total
	Effectif	%	Effectif
Arcachon	0	0,0	10
Bègles	1	7,7	13
Blaye	4	30,8	13
Bordeaux	1	6,7	15
Carbon Blanc	0	0,0	12
Cenon	2	9,5	21
Langon	9	37,5	24
Le Taillan	4	25,0	16
Libourne	0	0,0	24
Pauillac	1	11,1	9
Pessac	2	10,0	20
Talence	0	0,0	19

4.2. Critère de jugement principal : Impact de la formation sur le sentiment de savoir aider les jeunes

Le tableau 5 détaille les réponses des PMSS concernant le sentiment de savoir aider les jeunes ayant des consommations de SPA avant et après la formation « RPIB jeunes ».

Rappelons que le QAA « après » comportait exactement les mêmes questions que le QAA « avant » et qu'il était adressé par voie postale 3 mois après chaque formation.

Tableau 5: Sentiment de savoir aider les jeunes avant et après formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013.

	Avant		Après	
	Eff.	%	Eff.	%
Oui, le plus souvent	18	9,2	74	44,6
Oui, mais pas toujours	129	65,8	90	54,2
Habituellement non	36	18,4	2	1,2
Pas du tout	13	6,6	0	0,0

Il ressort du tableau 5 que :

- **Avant formation**, moins d'un PMSS sur dix déclare savoir aider les jeunes « *le plus souvent* », tandis qu'un quart d'entre eux ont le sentiment de ne « *jamais* » ou « *ne pas savoir habituellement* » aider les jeunes ayant des consommations à risque avant la formation.
- **Après formation**, la quasi-totalité des PMSS ont le sentiment de savoir aider les jeunes, mais la majorité d'entre eux déclarent ne « *pas toujours* » savoir les aider.

Il existe un **changement significatif** dans le sentiment de savoir aider les jeunes entre avant et après la formation « RPIB jeunes » ($p < 0,001$). En effet, après la formation, les **PMSS sont quatre fois plus nombreux à avoir le sentiment de savoir aider « le plus souvent » les jeunes** ayant des consommations à risque (Tableau 5).

4.3. Analyse des critères de jugement secondaires

4.3.1. Impact de la formation sur l'importance des obstacles perçus pour aborder la consommation de SPA.

4.3.1.1. Description des obstacles perçus « avant » formation

Le tableau 6 détaille les différents obstacles perçus tels qu'ils figuraient dans le QAA, en distinguant ceux qui sont relatifs aux autres (aux jeunes, à ses parents ou à un tiers) et ceux relatifs aux PMSS. Nous avons mis en gras les chiffres correspondants à plus d'un quart des effectifs et en rouge ceux correspondant à plus de la moitié des effectifs.

Tableau 6: Importance des différents obstacles pour aborder la consommation de SPA perçus par les PMSS avant formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013. N=196.

Obstacle	Important		Moyen		Faible		Aucun	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Obstacles liés aux jeunes, à ses parents ou à un tiers								
Les parents ou un tiers sont souvent présents	64	32,7	50	25,5	43	21,9	39	19,9
La personne craint que nous informions les parents	82	41,8	59	30,1	42	21,4	13	6,6
La personne minimise systématiquement les quantités consommées	78	39,8	69	35,2	39	19,9	10	5,1
La personne ne souhaite pas parler de sa consommation	89	45,4	64	32,7	36	18,4	7	3,6
C'est difficile si la personne n'est pas venue pour ça	41	20,9	55	28,1	63	32,1	37	18,9
Obstacles liés au PMSS, sa pratique, ses connaissances et ses représentations								
Ces questions prennent beaucoup de temps	29	14,8	52	26,5	56	28,6	59	30,1
J'éprouve personnellement une gêne à aborder ces questions	8	4,1	11	5,6	42	21,4	135	68,9
Une fois les consommations connues, on ne sait pas quoi faire	35	17,9	66	33,7	51	26,0	44	22,5
Pourquoi s'investir puisque c'est aussi souvent voué à l'échec	14	7,1	27	13,8	70	35,7	85	43,4
J'ai des difficultés à aborder les jeunes en général	8	4,1	3	1,5	24	12,2	161	82,1

Il ressort de ce tableau que les obstacles liés aux autres sont perçus comme « importants » ou « moyens » par la majorité des PMSS, alors que ceux-ci perçoivent beaucoup moins comme des obstacles les propositions mettant en avant les perceptions du PMSS (Tableau 6).

4.3.1.2. Description des obstacles perçus « après » formation

Le tableau 7 détaille les différents obstacles perçus par les PMSS 3 mois après formation, en distinguant en gras les chiffres correspondant à plus d'un quart des effectifs et en rouge ceux correspondant à plus de la moitié des effectifs.

Tableau 7 : Importance des différents obstacles pour aborder la consommation de SPA perçus par les PMSS après formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013. N=166.

Obstacle	Important		Moyen		Faible		Aucun	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Obstacles liés aux jeunes, à ses parents ou à un tiers								
Les parents ou un tiers sont souvent présents	33	19,9	21	12,7	32	19,3	80	48,2
La personne craint que nous informions les parents	37	22,3	46	27,7	48	28,9	35	21,1
La personne ne souhaite pas parler de sa consommation	54	32,5	46	27,7	46	27,7	20	12,1
La personne minimise systématiquement les quantités consommées	42	25,3	50	30,1	41	24,7	33	19,9
C'est difficile si la personne n'est pas venue pour cela	14	8,4	37	22,3	42	25,3	73	44,0
Obstacles liés au PMSS, sa pratique, ses connaissances et ses représentations								
Ces questions prennent beaucoup de temps	8	4,8	39	23,5	52	31,3	67	40,4
J'éprouve personnellement une gêne à aborder ces questions	1	0,6	9	5,4	17	10,2	139	83,7
Une fois les consommations connues, on ne sait pas quoi faire	11	6,6	35	21,1	40	24,1	80	48,2
C'est difficile si la personne n'est pas venue pour cela	14	8,4	37	22,3	42	25,3	73	44,0
Pourquoi s'investir puisque c'est aussi souvent voué à l'échec	1	0,6	7	4,2	35	21,1	123	74,1
J'ai des difficultés à aborder les jeunes en général	1	0,6	2	1,2	8	4,8	155	93,4

Dans ce tableau, nous retrouvons globalement la même tendance qu'avant la formation, avec des obstacles plus marqués lorsqu'ils sont liés aux autres que lorsqu'ils sont liés aux PMSS eux-mêmes. Deux obstacles, « La personne ne souhaite pas parler de sa consommation » et

« minimise systématiquement les quantités consommées », sont **toujours perçus comme « importants » ou « moyens » par la majorité** des PMSS (Tableau 7, Figure 6).

4.3.1.3. Evolution des obstacles entre avant et après formation.

Il existe une **différence statistiquement significative** entre les réponses obtenues avant et après la formation concernant **chacun des dix obstacles** proposés dans le QAA ($p < 0,05$ pour chaque obstacle). Les Figures 5 et 6 illustrent les évolutions entre avant et après la formation selon les regroupements décrits dans les tableaux 6 et 7.

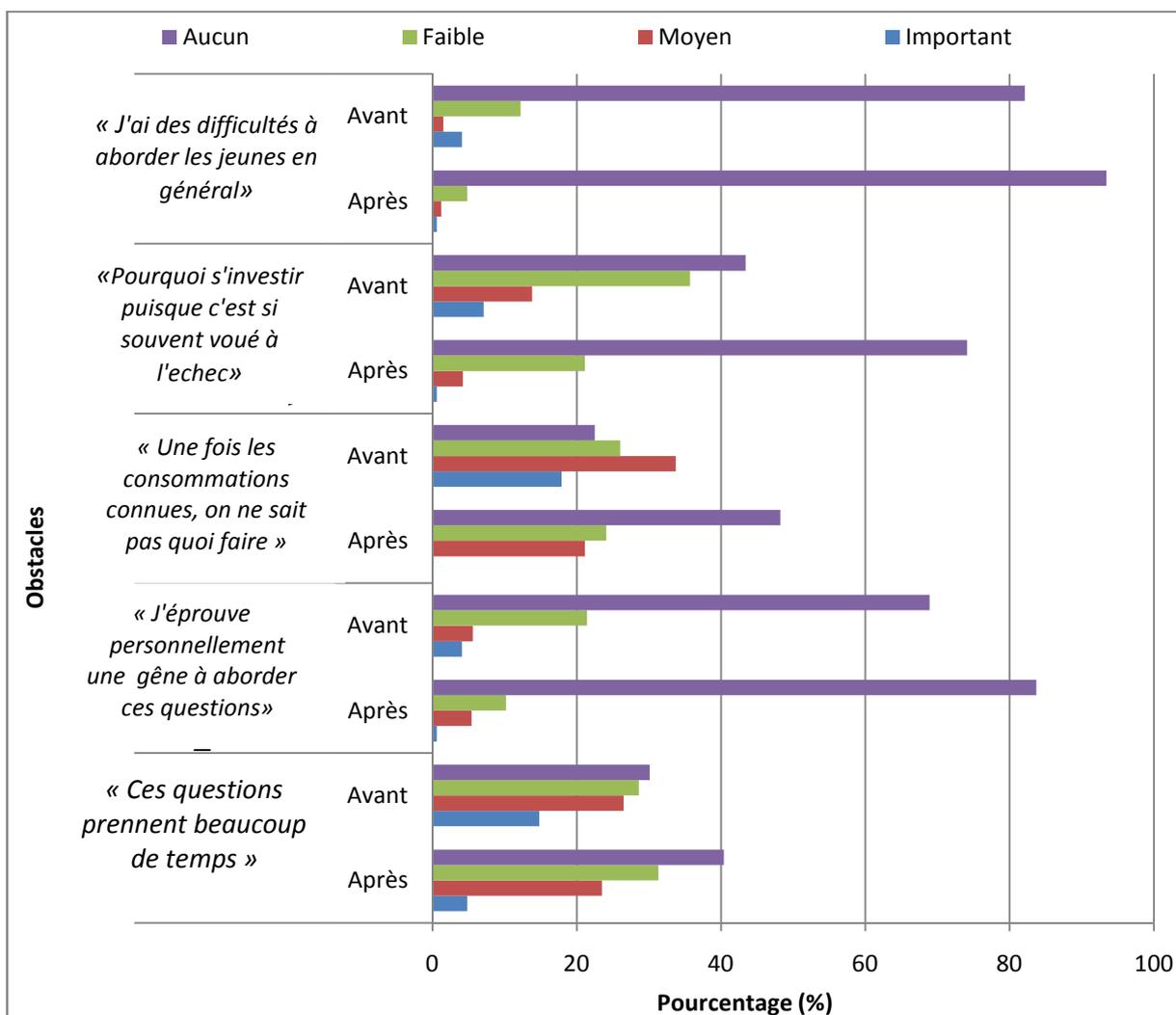


Figure 5: Importance des obstacles relatifs aux PMSS pour aborder les consommations de SPA avant et après formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013.

Il ressort des tableaux 6-7 et des figures 5-6 que les obstacles pour aborder les consommations sont tous perçus comme beaucoup moins « importants » par les PMSS après la formation « RPIB jeunes », et les proportions des réponses « *Aucun obstacle* » ont toutes augmentées.

Toutefois, cette tendance est observée dans des proportions différentes selon que les obstacles soient relatifs aux autres ou aux PMSS.

Les **obstacles liés aux PMSS** sont déjà moins perçus comme « *importants* » que ceux relatifs aux autres avant la formation. La proportion d'obstacles « *importants* » est alors quasi-nulle après la formation, avec des pourcentages d'autant plus élevés pour les réponses « *aucun obstacle* » (Tableaux 6-7, Figure 5).

Les **obstacles liés aux autres** sont plus marqués, que ce soit avant ou après la formation. Toutefois, il existe une baisse nette des réponses « *obstacles importants* » après la formation, qui ont diminué de moitié (Tableaux 6-7, Figure 6).

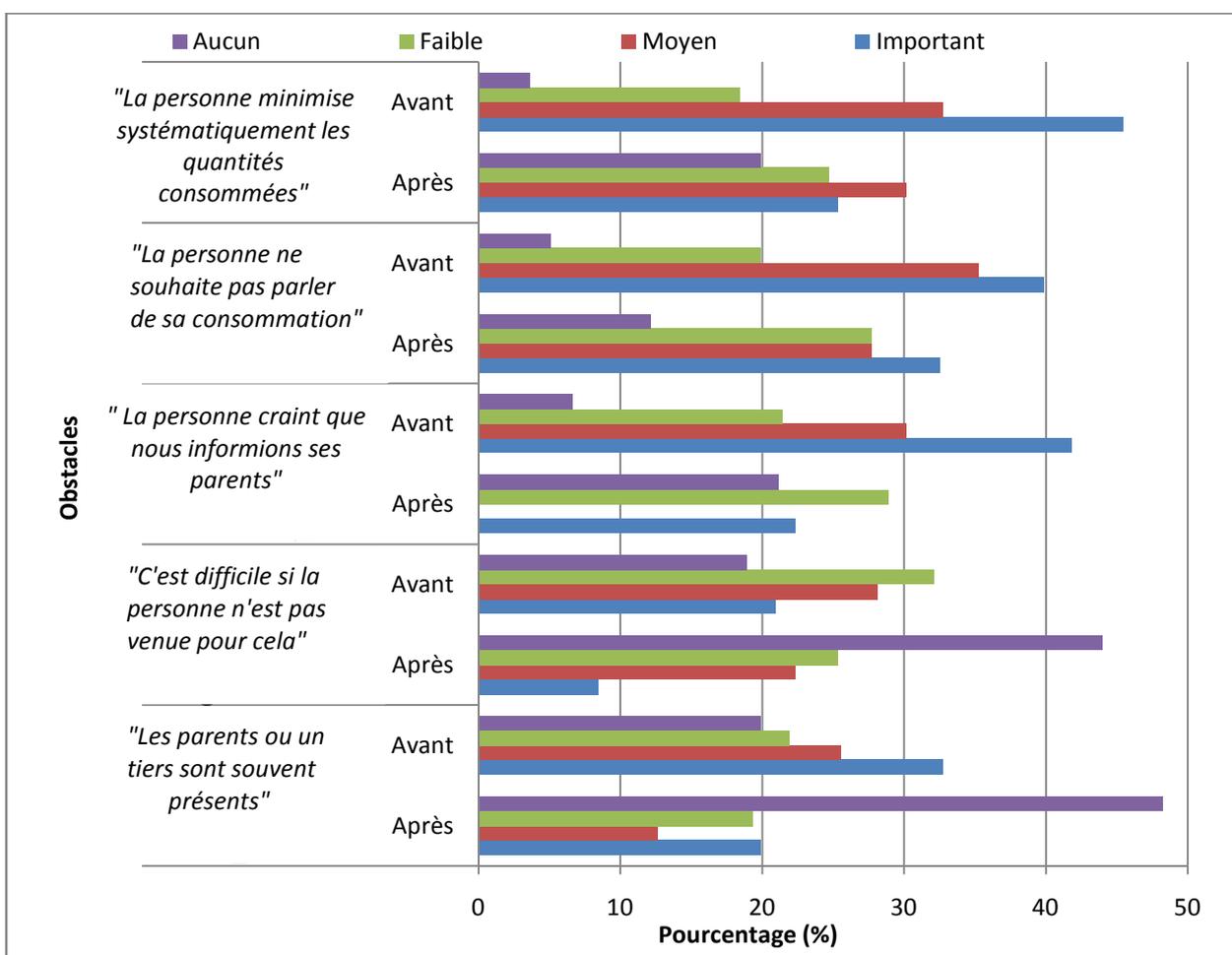


Figure 6: Importance des obstacles relatifs aux jeunes et aux autres pour aborder les consommations de SPA avant et après formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013.

4.3.2. Impact de la formation sur les pratiques déclarées concernant le repérage des consommations de SPA.

Dans le QAA, il est précisé qu'une seule réponse sur les cinq modalités doit être cochée. Or, certains des répondants donnent plusieurs réponses. Bien que ces modalités ne soient pas incompatibles entre elles, nous avons choisi de ne pas les prendre en compte et de les considérer comme des données manquantes. Ainsi, 29 réponses « avant » et 21 réponses « après » n'ont pas été traitées.

Le tableau 8 illustre les situations dans lesquelles les PMSS déclarent rechercher les consommations de SPA chez les jeunes avant et 3 mois après la formation. Nous avons identifié en gras les propositions correspondant aux messages de bonnes pratiques portés par la formation « RPIB jeunes », bien que ce ne soient pas les seules propositions pertinentes.

Tableau 8: Situations dans lesquelles sont recherchées les consommations de SPA chez les jeunes par les PMSS. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013.

	«Avant»		«Après»	
	Eff.	%	Eff.	%
À la demande de la personne	11	5,6	4	2,4
À la demande d'un tiers	62	31,6	38	22,9
Au moins une fois par an	18	9,2	37	22,3
Dans les situations à risque	69	35,2	65	39,2
Jamais	7	3,6	1	0,6
Réponses non traitées (plusieurs modalités)	29	14,8	21	12,6
Total	196	100,0	166	100,0

Il ressort de ce tableau que :

- **Avant formation**, environ un tiers des enquêtés recherchent les consommations de SPA « *dans les situations de risque* » et un autre tiers « *à la demande d'un tiers* », alors que moins de un sur dix déclarent les rechercher « *au moins une fois par an* ». Sept PMSS disent ne « *jamais* » les rechercher (Tableau 8).
- **Après formation**, près de 4 PMSS sur 10 déclarent rechercher les consommations de SPA « *dans les situations de risque* » et un peu moins d'un quart d'entre eux « *au moins une fois par an* » (Tableau 8).

Il existe une **différence statistiquement significative** des réponses à cette question entre avant et 3 mois après la formation ($p < 0,001$). En effet, le tableau 8 illustre le fait qu'après la

formation, les PMSS sont deux fois et demie plus nombreux à déclarer rechercher les consommations « *au moins une fois par an* ». Au contraire, ils sont deux fois moins nombreux à rechercher les consommations « *à la demande du jeune* » et presque 10% de moins « *à la demande d'un tiers* ». Une seule personne dit persister à ne « *jamais* » aborder ce sujet.

4.3.3. Impact de la formation sur le sentiment de savoir orienter les jeunes ayant des consommations à risque.

Le tableau 9 détaille les réponses des PMSS aux QAA « avant » et « après » concernant le sentiment de savoir orienter les jeunes ayant des consommations de SPA.

Tableau 9: Sentiment de savoir orienter les jeunes avant et après formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013.

	Avant		Après	
	Eff.	%	Eff.	%
Oui, le plus souvent	45	23,0	117	70,5
Oui, mais pas toujours	122	62,2	39	23,5
Habituellement non	22	11,2	10	6,0
Pas du tout	7	3,6	0	0,0

Il ressort de ce tableau que :

- **Avant formation**, les trois quart des répondants déclarent déjà savoir orienter les jeunes, bien que ça ne soit « *pas toujours* » le cas pour la majorité d'entre eux. Toutefois, 15% des PMSS ne savent pas habituellement ou jamais orienter les jeunes (Tableau 9).
- **Après formation**, la quasi-totalité des participants déclarent savoir orienter les jeunes, dont 7 sur 10 « *le plus souvent* ». Dix répondants n'ont pas le sentiment de savoir orienter les jeunes ayant une consommation de SPA malgré la formation (Tableau 9).

Un **changement statistiquement significatif** a été mis en évidence dans le sentiment d'orienter les jeunes entre avant et après la formation ($p < 0,001$). Globalement, les PMSS ont tendance à avoir le sentiment de mieux orienter les jeunes ayant des consommations à risque après la formation « RPIB jeunes » (Tableau 9).

4.3.4. Difficultés rencontrées par les PMSS « avant » et « après » formation

4.3.4.1. Avant formation

91 PMSS ont répondu à cette question ouverte (46,4% des répondants, dont 12 AS, 63 IS et 16 MS) (Annexe VIII).

Nous avons pu dégager *quatre catégories* de difficultés déclarées par les répondants, selon qu'elles concernent les *conditions de travail* des PMSS, leurs *connaissances*, le *jeune et ses parents* ou les *structures spécialisées*. Plusieurs de ces items pouvaient être cités dans une même réponse.

Le tableau suivant répertorie les différentes thématiques abordées par les PMSS dans cette question ouverte selon la profession, en les regroupant selon les catégories décrites ci-dessus (Tableau 10).

Tableau 10: Difficultés rencontrées par les PMSS avant formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013. N=91.

	AS	IS	MS	Total
Conditions de travail des PMSS	2	7	4	13
Manque de temps	2	1	3	6
Problèmes liés aux professeurs/directeur	0	2	1	3
Problèmes de suivi du jeune	0	4	0	4
Connaissances des PMSS	4	17	2	23
Manque de connaissances en addictologie	0	7	0	7
Méconnaissance des partenaires	4	10	2	16
Jeunes et leurs parents	11	15	5	31
Déni du jeune/non adhésion	5	15	5	25
Parents	6	0	0	6
Structures spécialisées	8	33	8	49
Manque de structures adaptées	0	2	0	2
Eloignement des structures/problèmes de moyen de transports	3	16	5	24
Délais de prise en charge dans les structures	4	11	2	17
Problème de communication avec les structures	1	4	1	6

AS: assistant sociaux scolaires, IS: infirmiers scolaires, MS: médecins scolaires, PMSS: professionnels médico-sociaux scolaires.

Il ressort de ce tableau que globalement, les difficultés les plus rencontrées sont le **déni des jeunes** et **l'éloignement des structures spécialisées**, quelle que soit la profession, hormis pour les AS qui déclarent plutôt des difficultés liées à l'entourage du jeune (parents).

Certains des obstacles cités par les PMSS n'étaient **pas abordés dans le QAA** (Tableau 10):

- le **manque de structures locales et la difficulté d'accès** à ces structures (éloignement, délais avant les rendez-vous) sont mentionnés par 26 PMSS.
- la **limite des connaissances professionnelles** est mentionnée par 23 répondants.
- 6 répondants déclarent un **manque de communication avec les structures extérieures**, ce qui représente pour eux un obstacle dans la prise en charge du jeune.
- 6 répondants citent le **manque de temps et de moyens** dans les établissements pour dépister les consommations à risque chez les jeunes.
- Le **suivi du jeune** représente une difficulté majeure pour 4 PMSS.
- les difficultés rencontrées dans les **relations avec le corps enseignant**, qui ne va pas toujours dans le même sens concernant les prises en charge de ces jeunes, sont soulignées par 3 répondants.

4.3.4.2. Après formation

56 PMSS ont rempli cette question ouverte 3 mois après la formation (33,7% des répondants, dont 6 AS, 43 IS et 7 MS) (Annexe IX).

Le tableau suivant répertorie les différentes thématiques abordées par les PMSS dans cette question ouverte, selon la profession, en les regroupant selon les catégories décrites ci-dessus, en ajoutant une cinquième catégorie pour les réponses relatives aux parents, qui étaient beaucoup plus nombreuses dans le QAA «après» (Tableau 11).

Tableau 11: Difficultés rencontrées par les PMSS « après » formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013. N=56.

	AS	IS	MS	Total
Conditions de travail des PMSS	1	7	5	13
Manque de temps	0	3	4	7
Problèmes liés aux professeurs/directeur	1	3	0	4
Problèmes de suivi du jeune	0	1	1	2
Connaissances des PMSS	0	3	0	3
Manque de connaissances en addictologie	0	1	0	1
Méconnaissance des partenaires	0	2	0	2
Jeunes	1	13	1	15
Déni du jeune/non adhésion à la prise en charge	1	11	1	13
Difficulté à instaurer un climat de confiance	0	2	0	2
Parents	1	9	1	11
Parents consommateurs	0	3	0	3
Parents dans le déni/banalisation	1	2	0	3
Communication avec les parents/accord parental	0	4	1	5
Structures spécialisées	3	9	0	12
Horaires des structures non adaptées	0	2	0	2
Eloignement des structures/problèmes de moyen de transports	2	6	0	8
Délais de prise en charge dans les structures	1	1	0	2
Problème de communication avec les structures	1	1	0	2
Remerciement/moins de difficultés autour de la thématique	0	9	2	11

AS: assistant sociaux scolaires, IS: infirmiers scolaires, MS: médecins scolaires, PMSS: professionnels médico-sociaux scolaires.

Il ressort de ce tableau que:

- Les difficultés liées au **rôle des parents** dans la prise en charge du jeune plus souvent rapportées (**11 répondants** contre 6 avant). Au contraire, bien que le **déni du jeune** soit cité dans un peu moins d'**un tiers des réponses**, il semble **poser moins problème qu'avant la formation** (13 réponses contre 25 avant) (Tableaux 10-11).
- D'autres difficultés restent bien présentes, notamment dans la catégorie « conditions de travail » où le **manque de temps** et les **relations avec les professionnels de l'équipe éducative** entravent le dépistage des jeunes à risque (pour respectivement 7 et 4

PMSS). Deux répondants suggèrent la nécessité de développer une « culture du dépistage » dans les collèges et lycées (Tableau 11).

- Les difficultés **liées aux structures spécialisées** sont moins mentionnées (12 fois contre 49 avant) (Tableaux 10-11), avec l'émergence d'un obstacle supplémentaire lié **aux horaires des structures**, ne correspondant pas toujours à ceux du jeune (2 réponses) (Tableau 11).
- **Seuls 3 PMSS déclarent toujours manquer de connaissances** sur les consommations et l'orientation des jeunes (contre 23 avant) (Tableaux 9 et 10), et 11 répondants remercient pour ce qu'a pu leur apporter la formation « RPIB jeunes » et estiment avoir moins de difficultés autour de ces thématiques (Tableau 11).

4.4. Impact de la formation selon la profession des répondants

4.4.1. Sentiment de savoir aider les jeunes selon la profession.

Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les réponses des différentes professions à la question concernant le sentiment de savoir aider le jeune, que ce soit dans le QAA « avant » ou « après » formation ($p > 0,05$).

Par contre, un **changement statistiquement significatif** des réponses à cette question est observé, entre avant et après la formation, **pour chacune des professions** ($p < 0,001$) (Tableau 12).

Tableau 12 : Sentiment des PMSS de savoir aider les jeunes selon la profession avant et après la formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013.

	Avant/Après								p-value
	Oui, le plus souvent		Oui, mais pas toujours		Habituellement non		Pas du tout		
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	
AS	1/11	4,0/61,1	20/7	80,0/38,9	3/0	12,0/38,9	1/0	4,0/0,0	<0,001
IS	16/55	11,3/43,7	87/69	61,3/54,8	28/2	19,7/54,8	11/0	7,8/0,0	<0,001
MS	1/8	3,5/36,4	22/14	75,9/63,6	5/0	17,2/0,0	1/0	3,5/0,0	<0,001

AS: assistant sociaux scolaires, IS: infirmiers scolaires, MS: médecins scolaires

4.4.2. Obstacles perçus pour aborder les consommations selon la profession.

Dans les réponses aux QAA « avant », aucun lien n'a été mis en évidence entre les professions et les obstacles proposés.

Après formation, une différence statistiquement significative de réponse entre les trois professions a été mise en évidence uniquement pour l'obstacle « *la personne minimise systématiquement les quantités consommées* » ($p=0,01$). Cet obstacle est considéré comme « *important* » ou « *moyen* » par les trois quart des MS, alors que la moitié des AS et des IS le considèrent comme un obstacle « *faible* » ou absent (Tableau 13).

Pour les autres obstacles, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence.

Tableau 13: Importance de l'obstacle « la personne minimise systématiquement les quantités consommées » selon la profession après formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013. N=166.

Obstacle	Important		Moyen		Faible		Aucun		Total
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
AS	7	38,9	2	11,1	6	33,3	3	16,7	18
IS	32	25,4	34	27,0	33	26,2	27	21,4	126
MS	3	13,6	14	63,6	2	9,1	3	13,6	22

AS: assistant sociaux scolaires, IS: infirmiers scolaires, MS: médecins scolaires.

L'analyse comparative stratifiée par profession nous permet d'observer que **tous les obstacles ont évolués de manière significative chez les IS** ($p<0,001$) (Annexe X, tableau 1), tandis que seuls les 3 obstacles suivants sont significativement différents chez les AS ($p<0,001$) : « *Une fois les consommations connues, on ne sait pas quoi faire* », « *C'est difficile si la personne n'est pas venue pour ça* », « *Les parents ou un tiers sont souvent présents* ».

Aucun changement statistiquement significatif des réponses n'a été observé chez les MS pour aucun obstacle.

4.4.3. Recherche des consommations de SPA selon la profession.

Avant formation, il n'existe pas d'association statistiquement significative entre la profession et la recherche des consommations de SPA (Tableau 14) ($p>0,05$).

Tableau 14: Recherche des consommations selon la profession avant formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013.

	À la demande de la personne		À la demande d'un tiers		Au moins une fois par an		Dans les situations à risque		Jamais		Total Eff.
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	
AS	3	12,5	5	20,8	2	8,3	12	50,0	2	8,3	24
IS	5	4,2	51	42,5	12	10,0	47	39,2	5	4,2	120
MS	3	13,0	6	26,1	4	17,4	10	43,5	0	0	23

AS: assistant sociaux scolaires, IS: infirmiers scolaires, MS: médecins scolaires.

Après formation, les réponses varient de façon statistiquement significative selon la profession du répondant ($p=0,011$): les IS semblent rechercher plus régulièrement que les autres professions les consommations de SPA chez les jeunes (« au moins une fois par an » pour un tiers de ces IS), alors que les MS et les AS recherchent ces consommations plutôt dans les « situations à risque ». Un AS dit continuer à ne jamais dépister les consommations de SPA chez les jeunes (Tableau 15).

Tableau 15: Recherche des consommations selon la profession après formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013.

	A la demande de la personne		A la demande d'un tiers		Au moins une fois par an		Dans les situations à risque		Jamais		Total Eff.
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	
AS	0	0	5	33,3	0	0	9	60,0	1	6,7	15
IS	2	1,8	30	27,5	33	30,3	44	40,4	0	0	109
MS	2	1,8	3	14,3	4	19,1	12	57,1	0	0	21

AS: assistant sociaux scolaires, IS: infirmiers scolaires, MS: médecins scolaires.

L'analyse comparative stratifiée par professions nous permet d'observer une **modification statistiquement significative** des situations où les consommations sont recherchées entre avant et après la formation **seulement chez les IS** ($p<0,001$), les résultats n'étant pas significativement différents pour les AS ni pour les MS.

La comparaison des tableaux 14 et 15 illustre cette évolution, les changements d'attitudes déclarées étant plus flagrants chez les **IS** où la **recherche des consommations est plus systématique**, avec une disparition des réponses « jamais » et un triplement de la proportion des IS recherchant les consommations de SPA « au moins une fois par an ».

4.4.4. Sentiment de savoir orienter les jeunes selon la profession.

Aucune différence significative entre les professions n'a été mise en évidence pour la question concernant le sentiment de savoir orienter, que ce soit avant ou après la formation ($p > 0,05$).

Toutefois, ce sentiment a *évolué de manière significative* entre avant et 3 mois après la formation *pour les IS et les AS* ($p < 0,001$) (Tableau 16).

Tableau 16 : Évolution du sentiment de savoir orienter les jeunes entre avant et après la formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013.

	Avant/Après								p-value
	Oui, le plus souvent		Oui, mais pas toujours		Habituellement non		Pas du tout		
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	
AS	15/3	12,0/83,3	21/2	84,0/11,1	0/1	0,0/5,6	1/0	4,0/0,0	p<0,001
IS	36/92	25,4/73,0	81/27	57,0/21,4	19/7	13,4/5,6	6/0	4,2/0,0	P<0,001
MS	6/10	20,7/45,5	20/10	69,0/45,5	3/2	10,3/9,1	0/0	0,0/0,0	NS

AS: assistant sociaux scolaires, IS: infirmiers scolaires, MS: médecins scolaires.

4.5. Impact de la formation selon le lieu de formation

4.5.1. Sentiment de savoir aider les jeunes selon le lieu de formation

Avant formation, il existe un lien significatif entre le sentiment de savoir aider les jeunes et le lieu d'exercice ($p = 0,016$): A Carbon-Blanc, Langon, Libourne et Talence, plus d'un tiers des PMSS n'ont pas le sentiment de savoir aider le jeune (« *habituellement non* » ou « *pas du tout* ») (Annexe X, tableau 4).

Après formation, cette différence significative entre les réponses selon le lieu de formation disparaît ($p > 0,05$).

Entre avant et 3 mois après la formation, presque tous les lieux de formations ont connus des **changements significatifs des réponses** des PMSS concernant le sentiment d'aider le jeune ($p < 0,05$), hormis dans 4 villes (Blaye, Bègles, Le Taillan et Pauillac).

4.5.2. Obstacles perçus pour aborder les consommations selon le lieu de formation

Avant formation, trois obstacles sont liées de façon significative au lieu de formation : « *la personne ne souhaite pas parler de sa consommation* », « *la personne minimise systématiquement les quantités consommées* » et « *une fois les consommations connues, on ne sait pas quoi faire* » (respectivement $p=0,009$; $p=0,006$ et $p=0,017$). Les deux premiers obstacles sont considérés comme « *importants* » par un PMSS sur 6 à **Langon, Talence, et Libourne** et le troisième dans plus d'un tiers des cas dans ces 3 mêmes villes (Annexe X, tableaux 1,2,3).

Cette **différence** entre lieux de formation **disparaît après la formation** « RPIB jeunes ».

Entre avant et après la formation, **quatre lieux de formations** ont connus des **changements significatifs de réponses pour plus de 5 obstacles sur 10** : **Libourne** (8 obstacles), **Langon** (9 obstacles), **Talence** (7 obstacles), **Cenon** (6 obstacles) ($p<0,05$). Au contraire à **Blaye, Arcachon, Bordeaux et Pauillac** il n'y a eu aucun ou un seul changement significatif en ce qui concerne l'importance des obstacles.

Quatre obstacles sont particulièrement concernés par les changements d'opinions des PMSS : « *Les parents ou un tiers sont souvent présents* », « *La personne craint que nous informions les parents* », « *C'est difficile si la personne n'est pas venue pour ça* » et « *Pourquoi s'investir puisque c'est aussi souvent voué à l'échec* ».

4.5.3. Recherche des consommations selon le lieu de formation

Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre le lieu de formation et la recherche de consommation déclarée, que ce soit avant ou après la formation.

Les réponses à cette question n'évoluent pas de façon significative entre avant et après la formation dans la majorité des lieux de formations, excepté à **Langon et Talence** ($p<0,05$).

4.5.4. Sentiment de savoir orienter les jeunes selon le lieu de formation

Avant formation, il existe une association statistiquement significative entre les réponses au QAA concernant le sentiment de savoir orienter les jeunes et le lieu de formation ($p=0,002$) (Annexe X, tableau 5):

- A Langon et Libourne, ce sont un quart des PMSS qui déclarent ne pas savoir orienter les jeunes dépistés.
- Au contraire, à Arcachon et à Bègles plus de 6 PMSS sur 10 disent savoir orienter le jeune « *le plus souvent* ».

Après formation, il persiste une association statistiquement significative entre le lieu d'exercice et le sentiment de savoir orienter le jeune ($p=0,002$) (Annexe X, tableau 6) : Ainsi, à Langon, un tiers des PMSS déclarent ne pas savoir orienter le jeune habituellement malgré la formation « RPIB jeunes » (ce qui correspond à 6 participants).

Entre avant et après formation, presque tous les lieux de formations ont connus un changement significatif des réponses à cette question, allant dans le sens de mieux savoir orienter le jeune ($p<0,05$), hormis 4 villes: Blaye, Bègles, Le Taillan et Arcachon.

4.6. Enquête de satisfaction

4.3.1. Population de l'enquête de satisfaction

206 sur 219 participants ont rempli un questionnaire de satisfaction à la fin de la journée formation « RPIB jeunes », ce qui fait une **participation de 94,1%**.

4.3.2. Satisfaction des PMSS suite à la participation à la formation « RPIB jeunes ».

4.3.2.1. Quant à l'organisation

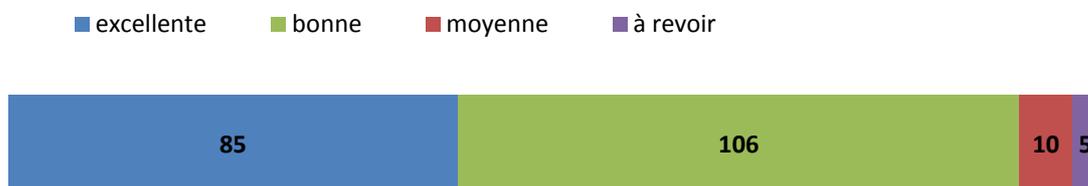


Figure 7: Satisfaction des participants par rapport à l'organisation matérielle et logistique de la formation (effectif). Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013. N=206.

Seuls 5 participants n'étaient pas satisfaits de l'organisation de la formation, répartis entre 2 formations différentes (3 au Taillan et 2 à Talence) (Figure 7). Les 3 personnes du Médoc mettent en cause *l'absence de café* durant cette journée dans la question ouverte finale.

4.3.2.2. Quant aux intervenants



Figure 8: Satisfaction des participants face aux intervenants (effectifs). Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013. N=206.

La quasi-totalité des répondants étaient satisfaits des intervenants (Figure 8).

4.3.2.3. Quant au contenu de la formation

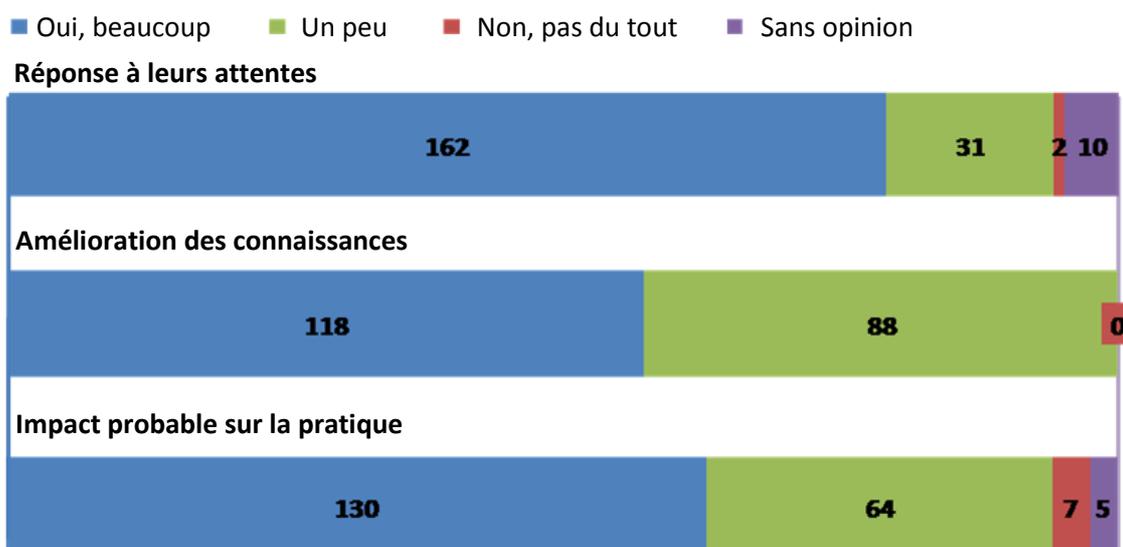


Figure 9: Impact de la formation sur les connaissances et la pratique future (effectifs). Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013. N=206.

Le graphique ci-dessus (figure 9) illustre que :

- **La totalité des PMSS ayant participé à la formation « RPIB-jeunes » ont noté une amélioration de leurs connaissances**, et pour plus de la moitié cette amélioration est nette.
- **94% des participants pensent que cette formation va, ou va peut-être, changer leur pratique** professionnelle au quotidien. Seuls 7 participants, répartis dans 7 formations différentes, pensent que cette formation n’aura aucun impact sur leur pratique.
- Près de **8 participants sur 10** ont trouvé que cette formation « RPIB-jeunes » **répondait tout à fait à leurs attentes**. Les deux personnes ayant répondu que cette formation ne répondait pas du tout à leurs attentes (un à Talence et un à Carbon-Blanc) ont ajouté un commentaire similaire dans la question ouverte finale, disant que le support power-point employé ne leur paraissait pas adapté et qu’ils auraient souhaité une formation plus pratique.

Le tableau suivant montre qu’il existe des **variations dans la réponse aux attentes des participants selon la ville de formation** (En gras les réponses concernant au moins les trois quart des participants) (Tableau 17).

Tableau 17: Impact de la formation sur les connaissances et la pratique future selon le lieu de formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013. N=206.

	Amélioration des connaissances				Modification des pratiques						Réponse à leurs attentes					
	oui		un peu		oui		Peut-être		non		oui		un peu		non	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Arcachon	4	30,8	9	69,2	7	53,8	4	30,8	1	7,7	9	69,2	2	15,4	1	7,7
Bègles	10	76,9	3	23,1	8	61,5	3	23,1	1	7,7	12	92,3	0	0,0	0	0,0
Blaye	6	46,2	7	53,8	10	76,9	2	15,4	1	7,7	12	92,3	1	7,7	0	0,0
Bordeaux	4	25,0	12	75,0	8	50,0	8	50,0	0	0,0	14	87,5	2	12,5	0	0,0
Carb Blanc	8	66,7	4	33,3	9	75,0	3	25,0	0	0,0	7	58,3	3	25,0	0	0,0
Cenon	10	43,5	13	56,5	11	47,8	11	47,8	1	4,3	17	73,9	5	21,7	0	0,0
Langon	17	70,8	7	29,2	11	45,8	11	45,8	1	4,2	23	95,8	0	0,0	0	0,0
Le Taillan	8	50,0	8	50,0	13	81,3	2	12,5	0	0,0	9	56,3	6	37,5	0	0,0
Libourne	23	88,5	3	11,5	20	76,9	4	15,4	1	3,8	23	88,5	2	7,7	0	0,0
Pauillac	5	55,6	4	44,4	4	44,4	5	55,6	0	0,0	6	66,7	2	22,2	0	0,0
Pessac	8	47,1	9	52,9	12	70,6	4	23,5	1	5,9	10	58,8	5	29,4	1	5,9
Talence	15	62,5	9	37,5	17	70,8	7	29,2	0	0,0	20	83,3	3	12,5	0	0,0

Ainsi le niveau de satisfaction est plus élevé à Langon, Bègles ou Blaye (plus de 9 participants sur 10 totalement satisfaits) qu'à Pessac, Carbon-Blanc ou Le Taillan (moins de 6 participants sur 10 totalement satisfaits) (Tableau 17). Ce niveau de réponse aux attentes des PMMS ne semble pas corrélé ni à l'amélioration des connaissances ni à l'impact probable de la formation sur leur pratique. En effet, l'impact de la formation sur la pratique future est plus important à Pessac, Carbon-Blanc et Le Taillan qu'à Langon ou Blaye, et l'amélioration des connaissances est plus importante dans ces 3 premières villes qu'à Bègles (Tableau 17).

4.3.3. Avis des participants quant aux modifications à apporter à la formation pour l'améliorer.

87 participants ont répondu à la question ouverte terminant le questionnaire de satisfaction (Annexe XII).

Par ordre décroissant de citation des thèmes nous avons :

- **26 commentaires montrent la satisfaction des PMSS** quant au contenu de la formation « RPIB jeunes » et aux intervenants.
- **Plus d'un quart d'entre eux (24 personnes) demandent une formation plus « pratique »** avec mises en situation, jeux de rôle (14 personnes), travaux de groupe

et ateliers, notamment autour des techniques d'entretien motivationnel. De même plus d'interactivité et de débats sur les pratiques professionnelles ont été demandés (8 personnes). Quatre personnes soulignent que la partie théorique leur semblait un peu longue, et le power-point non adapté. Un PMSS propose de commencer la formation par un tour de table pour savoir quelles sont les attentes des participants, ce qui est normalement prévu, mais n'a pas été réalisé sur une formation où l'effectif était trop important (24 participants).

- **11 participants pensent que des formations conjointes avec le corps enseignant, CPE et directeurs d'établissement seraient intéressantes**, pour plus de pluridisciplinarité, pour diversifier le débat, pour améliorer la communication entre les différents acteurs et donc la prise en charge des jeunes.
- **8 remarques concernent les moyens pour orienter les jeunes consommateurs** : Ces participants proposent de diversifier les intervenants pour mieux les connaître, qu'une liste d'adresse des professionnels et lieux ressources leur soit fournie lors de cette formation, voire de visiter les structures relais locales, pour mettre en place un « premier contact » entre professionnels.
- **7 participants pensent qu'une formation d'une journée est trop courte**, dont 4 qu'une deuxième session de formation à distance serait intéressante, pour refaire le point sur la théorie et sur la pratique.
- **4 commentaires mettent en avant des lacunes logistiques**: trois font remarquer l'absence de mise à disposition de café (tous trois au Taillan, montrant un probable effet de contagion) et un l'absence de prise en charge du repas par l'éducation nationale.
- **3 professionnels pensent que la formation n'était pas assez adaptée à leur profession** (1 IS et 2 AS).
- **2 participants** à des formations ayant eu les effectifs les plus forts (Cenon: 25 participants, et Talence: 24 participants) pensent qu'une formation avec un **groupe moins important** serait plus constructive.

4- Discussion

5.1. Interprétation des Résultats

Un changement significatif des opinions des PMSS **entre avant et après la formation « RPIB jeunes »** a été mis en évidence **pour toutes les questions** concernant les difficultés rencontrées lors du repérage et de la prise en charge des jeunes scolarisés présentant des consommations problématiques de SPA. Outre le fait qu'une modification significative ait été objectivée, **l'ampleur de la différence observée était importante** pour toutes les questions, renforçant l'idée que cette formation a eu un **impact assez considérable sur les opinions des participants**.

Aucune étude véritablement comparable (population cible, outils de dépistages présentés durant la formation, mode de recueil, ...) n'a été réalisée en France ni à l'étranger. Nous ne pouvons donc pas confronter nos résultats de manière pertinente à d'autres sources documentaires scientifiques.

5.1.1. Sentiment de savoir aider les jeunes

La formation « RPIB jeunes » a permis une **amélioration significative du sentiment de savoir aider les jeunes** (critère de jugement principal) **chez tous les participants** ($p < 0,001$), quelque soit leur profession ($p < 0,001$) ou leur lieu de formation ($p < 0,05$), hormis dans 4 villes : Blaye, Bègles, Le Taillan et Pauillac. En effet, 44,6 % des participants déclaraient savoir aider le jeune « *le plus souvent* » après la formation, contre seulement 9,2% avant. De plus, seuls 1,2% des répondants n'avaient toujours pas le sentiment de savoir aider le jeune après formation, contre 25% avant la formation !

Ces résultats concordent avec ceux observés dans l'enquête nationale de l'OFDT de 2007-2008 (183), où plus de la moitié des médecins généralistes déclaraient savoir « *le plus souvent* » comment réagir face à un consommateur excessif après la formation « RPIB alcool » (52% vs 17% avant) alors que ceux ne sachant pas réagir avaient quasiment disparu (3% vs 13% avant).

5.1.2. Obstacles pour aborder les consommations de SPA

Toutes les situations d'obstacle pour aborder l'usage de SPA ont régressé de manière significative après la formation ($p < 0,05$ pour chacun des dix obstacles proposés dans le QAA).

Ces résultats concordent avec ceux de l'étude ROC-Ado qui montrait, avec un outil d'évaluation différent, qu'une formation au RPIB facilitait l'abord de la thématique « consommation de SPA » par les IS et MS dans les collèges et lycées d'Ile-de-France (155).

Toutefois, dans notre étude, les **obstacles relatifs aux autres** (jeunes, parents, autres tiers) restent encore « importants » pour un nombre non négligeable de PMSS malgré la formation (entre 19,9% et 32,5% selon l'obstacle), tandis que **ceux relatifs aux PMSS**, déjà peu importants au départ, ont quasiment disparus après formation (considérés comme « faibles » ou inexistantes pour 69,3 % à 98,2% des PMSS selon l'obstacle).

Une différence d'importance similaire entre ces deux catégories d'obstacles (ceux relatifs au professionnel de santé vs ceux relatifs au patient) était retrouvée avant et après formation chez les médecins généralistes dans l'étude de l'OFDT évaluant la formation au « RPIB alcool » entre 2007 et 2008 (183).

Cela peut s'expliquer par le fait qu'une formation change les pratiques des personnes formées, mais n'a aucun impact sur les attitudes des jeunes et de leur entourage. Ainsi, les réponses de certains répondants sont peut-être plus le reflet de la fréquence de ces situations ou attitudes rencontrées, que de l'importance réelle de l'obstacle qu'elles constituent.

Ces changements d'opinions **sont largement significatifs pour les IS pour tous les obstacles** ($p < 0,001$), mais ils sont **moins évidents pour les AS** ($p < 0,001$ seulement pour 2 obstacles), et **non significatifs pour les MS** (cf. chapitre 5.1.6).

De plus, seuls quatre lieux de formations ont connus des changements significatifs de réponses pour la majorité des obstacles: Libourne, Langon, Talence et Cenon ($p < 0,05$), ces villes correspondant aux lieux de formation où les effectifs étaient le plus important (20 répondants ou plus) (cf. chapitre 5.1.7).

5.1.3 Caractère plus ou moins systématique du repérage

Les pratiques déclarées en matière de repérage avaient **significativement changées** après la formation « RPIB jeunes », dans le sens d'un **repérage plus systématique des jeunes à risques et des consommations problématiques** (22,3 % « au moins une fois par an » vs 9,2% avant ; 39,2% « dans les situations à risque » vs 35,2% avant ; $p < 0,001$). Globalement, les PMSS attendent moins une demande du jeune ou d'un tiers pour repérer les usages de SPA (respectivement 2,4% et 22,9% vs 5,6% et 31,6% avant; $p < 0,001$).

Ces résultats corroborent ceux obtenus par l'enquête nationale de l'OFDT de 2007-2008 où le dépistage des consommations par les médecins généralistes « *au moins une fois par an pour chaque patient* » était devenu plus fréquent après la formation « RPIB alcool » (66% vs 39% « avant »), alors que les repérages « *opportunistes* » avaient diminué (28% vs 53%) (183).

L'analyse des résultats selon la profession montrait que le repérage des consommations est devenu beaucoup plus régulier pour les IS (« *au moins une fois par an* » dans 30,3% des cas vs 10% avant la formation, $p < 0,001$), alors que les AS et les MS semblent les dépister plutôt quand ils sont devant un jeune qu'il juge « *à risque* » (respectivement dans 60% et 57,1% des cas, vs 40,4% pour les IS). Ceci peut s'expliquer par le fait que les IS aient une proximité plus grande avec les adolescents, exerçant quotidiennement dans le même établissement, donc plus à même de rencontrer et de suivre les jeunes régulièrement, alors que les AS et les MS voient principalement les élèves à la demande du corps enseignant, de l'IS ou des parents. Ils sont donc plus amenés à rencontrer directement les jeunes « *à risque* », et entrent moins dans le cadre d'un dépistage systématique. L'augmentation du dépistage « *dans les situations à risque* » semble montrer que ces professionnels sont plus à l'aise pour dépister les signes de rupture spécifiques des jeunes en situation de mal-être, et donc susceptibles de consommer des SPA. (cf. chapitre 5.1.6).

L'analyse des résultats selon le lieu de formation n'a permis de retrouver un changement des pratiques de repérage déclarées uniquement dans 2 villes: Langon et Talence ($p < 0,05$). (cf. chapitre 5.1.7).

5.1.4. Sentiment de savoir orienter le jeune ayant une consommation problématique

Globalement, les PMSS ont le **sentiment de mieux orienter les jeunes** ayant des consommations à risque après la formation « RPIB jeunes » (« *le plus souvent* » dans 70,5% des cas contre seulement 23% avant, $p < 0,001$). Cette évolution significative dans le sentiment d'orienter les jeunes consommateurs a été observée plus particulièrement chez les IS et AS ($p < 0,001$). Cette différence entre profession peut s'expliquer par le fait qu'avant la formation déjà, la quasi-totalité des MS déclaraient savoir orienter les jeunes et seuls 3 d'entre eux avaient le sentiment de ne pas savoir les orienter (alors que 17,6% des IS étaient dans ce dernier cas)(cf. chapitre 5.1.6).

Ce sentiment de savoir orienter les jeunes s'est amélioré de manière significative chez tous les participants quelque soit leur lieu de formation ($p < 0,05$), hormis dans les villes de Blaye, Bègles, Le Taillan et Arcachon (cf. chapitre 5.1.7).

5.1.5. Autres difficultés rencontrées

La question ouverte finale a permis aux PMSS de souligner que les **difficultés** qu'ils rencontraient dans leurs pratiques étaient **principalement liées au jeune** (son déni et son refus d'entrer dans une démarche de soin) **et sa famille** (déni, problème de secret médical et d'autorité parentale), ce qui renforce les résultats obtenus dans les questions précédentes.

D'autre part, des difficultés supplémentaires, non citées dans le QAA, ont pu être mises en évidence, comme les **problèmes d'accès aux structures spécialisées** (distance, horaires, disponibilité...) ou **le manque de travail en réseau/pluridisciplinaire et de communication** avec ces **structures spécialisées** mais aussi **au sein des établissements scolaires**, avec les autres professionnels non médico-sociaux (professeurs, personnel éducatif).

Les PMSS nous ont aussi fait part du **manque de temps et de moyens** pour effectuer cette mission de repérage et de prise en charge des jeunes en situation de mal-être (Effectif de professionnels peu important pour de nombreuses missions). Ce dernier point était aussi considéré comme un obstacle important par les médecins généralistes, à la fois avant et après formation, dans l'étude de l'OFDT évaluant la formation au « RPIB alcool » en France et en Aquitaine entre 2007 et 2008 (183)

Il faut noter que les **difficultés liées au manque de connaissances ont quasiment disparues** après formation.

5.1.6. Évolution des réponses obtenues selon la profession

Premièrement, rappelons que notre étude montre qu'il existe une **amélioration significative du sentiment de savoir aider les jeunes pour chacune des 3 professions étudiées** (critère de jugement principal) ($p < 0,001$).

Pour les critères de jugement secondaires, l'évolution des réponses est significative pour toutes les questions pour les IS ($p < 0,001$), mais moins franche pour les AS et les MS (cf. chapitres précédents).

Cette différence observée entre professions peut tout d'abord s'expliquer par la différence entre l'effectif des IS, formant les trois quart des répondants à nos QAA, et ceux des AS et MS, beaucoup moins conséquents.

Hormis ce problème de **manque de puissance** par faiblesse des effectifs dans ces 2 derniers groupes, nous pouvons essayer de trouver **d'autres explications possibles**:

- Ainsi, il est important de noter que seuls 62,5% des AS de la Gironde ont participées aux formations « RPIB jeunes » contre 75,9% des IS et 96,7% des MS. Cette différence s'explique en partie par le fait qu'initialement, les AS n'étaient pas invités aux formations, qui ciblaient spécifiquement les professionnels de santé. Ils n'ont donc pas pu participer aux trois premières formations proposées. Cependant, au vu du contenu de la formation et de l'intérêt qu'ils portaient à la thématique, les AS ont sollicité l'inspection académique pour pouvoir accéder à ces formations et ont ainsi pu y participer. Ainsi, les AS participants étaient sans doute les plus intéressés et les plus motivés par ces thématiques avant la formation, et donc déjà plus attentifs à ce type de pratiques, d'où des changements d'opinion pouvant être plus modérés.
- En outre, la **différence de contenu des formations initiales et continues** entre ces trois classes professionnelles a probablement une influence sur le niveau de changement des réponses (niveau de connaissances différent avant formation). Notre étude montre d'ailleurs que le sentiment de savoir orienter le jeune, par exemple, était plus présent chez les AS et MS (respectivement 96 et 89,7%) que chez les IS (82,4%) avant la formation, ce qui explique une évolution moins importante de leur opinion à ce sujet. De plus, nous avons retrouvé une **différence significative dans la participation à des formations antérieures au RP** selon la profession ($p=0,0084$), qui concernait 76% des AS et 65,5% des MS contre seulement 46,3% des IS. Les AS et les MS étant plus formés autour de cette thématique, il est donc compréhensible d'obtenir un impact moins important sur leurs perceptions et attitudes.
- Le **mode de pratique** de ces professionnels **varie aussi selon la profession**. Les IS sont en permanence dans un même établissement scolaire, en contact avec les mêmes jeunes, alors que les AS et MS ont des secteurs géographiques d'activité beaucoup plus importants et sont moins dans le rapport direct et quotidien avec l'adolescent. Ce constat peut aussi expliquer la différence de significativité observée dans certaines questions.

- Enfin, cette différence de significativité peut aussi nous mener à nous poser la question suivante : La formation « RPIB jeunes » proposée était-elle adaptée à chacune de ces catégories professionnelles ? Deux AS et une IS ont d'ailleurs émis un commentaire à ce sujet dans la question ouverte du questionnaire de satisfaction. Toutefois, il semble important de proposer des formations transversales multi-professionnelles pour les PMSS, car ils sont amenés à travailler ensemble sur les mêmes publics. Il est donc capital qu'ils partagent les mêmes connaissances et les mêmes outils, quand cela est pertinent. De plus, ces formations sont une occasion de regrouper ces professionnels et d'améliorer ainsi la communication et la coopération entre les différentes professions autour de la thématique du mal-être des jeunes.

Nous pouvons donc conclure avec certitude ***que la formation « RPIB jeunes » proposée a un impact bénéfique, à court terme, sur les attitudes et perceptions de tous les PMSS, en ce qui concerne le sentiment d'aider les jeunes ayant des consommations problématiques.*** Cet impact semble plus important chez les IS, pour qui certaines difficultés perçues semblent plus importantes au départ, que chez les AS et les MS, qui paraissent mieux formés à ces thématiques.

5.1.7. Évolution des réponses obtenues selon le lieu de formation

Là encore, le ***sentiment de savoir aider les jeunes*** (critère de jugement principal) ***a évolué de manière significative après quasiment toutes les formations ($p < 0,05$)***, hormis pour 4 villes : Blaye, Bègles, Le Taillan et Pauillac.

Que ce soit pour ce critère de jugement principal ou bien pour les critères secondaires, nous pouvons noter qu'un ***défaut de significativité*** des modifications d'opinions entre avant et après formation était ***toujours observé dans les mêmes villes***, ayant des ***effectifs réduits*** (Blaye =13 répondants, Bègles=13, Pauillac= 9, Arcachon= 10, Le Taillan= 16) alors que des ***changements de réponses les plus conséquents*** étaient observés systématiquement dans d'autres villes, correspondant à celles ayant des ***effectifs importants*** (Libourne=24, Talence=19, Langon=24 et Cenon=21 répondants). Ce constat nous permet clairement d'incriminer ***le manque de puissance*** comme cause principale du défaut de significativité de nos résultats.

Toutefois, **d'autres explications** peuvent aussi être données :

- Dans certaines villes, la proportion de participants considérant les obstacles proposés comme « *importants* » était plus grande qu'ailleurs avant la formation : par exemple plus de 60% des répondants pour les obstacles « *la personne minimise systématiquement la quantité consommée* » et « *la personne ne souhaite pas parler de sa consommation* » dans les villes de Talence, Langon et Libourne, vs moins de 33% à Blaye, Arcachon ou au Taillan pour le premier obstacle et moins de 15% à Blaye, Bègles ou au Taillan pour le second. Ce constat est probablement en partie lié aux expériences passées dans les établissements alentours, mais il peut expliquer un changement d'opinion plus important dans ces 3 premières villes.
- Dans ces mêmes villes, un plus grand nombre de répondants déclaraient avant la formation ne « *jamaïs* » savoir aider (16,7% à Langon et 12,5% à Libourne vs 0% à Arcachon, Blaye, Pauillac ou Le Taillan) et ne « *jamaïs* » savoir orienter les jeunes (12,5% à Langon et 8,3% à Libourne vs 0% à Arcachon, Blaye, Pauillac ou Le Taillan par exemple). Cela peut expliquer des changements plus significatifs dans ces premières villes, qui semblent être plus en difficultés initialement.
- D'autre part, l'existence de **disparités sociogéographiques** entre les différents lieux de formation pourraient aussi expliquer ces écarts de significativités : Blaye, Le Taillan et Pauillac correspondant plus au milieu rural, alors que Talence, Libourne et Cenon plus au milieu urbain. Ceci pourrait notamment être dû au fait que les jeunes en milieu urbain et rural ont peut être des comportements différents (facilité d'accès à certaines SPA ou aux « apéros géants »,...), qui expliqueraient une expérience quotidienne différente des PMSS selon leur lieu d'exercice, et donc une variabilité des obstacles perçus. De plus, les PMSS exerçant en milieu rural sont souvent plus éloignés des structures spécialisées, ce qui constitue pour eux une difficulté supplémentaire dans l'orientation des jeunes ayant des consommations problématiques. Cette thématique de l'éloignement des structures revenait d'ailleurs de façon récurrente dans les réponses à la question ouverte finale.
- Il peut aussi y avoir eu une **différence au niveau de l'accès à des formations antérieures**. Nos résultats montrent d'ailleurs qu'il y avait une différence significative au niveau de la participation à des formations antérieures concernant les IB

($p=0,0015$). En effet, un plus grand nombre de participants avaient participé à une formation de ce type dans les villes de Blaye, Le Taillan et Langon (plus d'un répondant sur 4 dans ces villes contre moins de 1 sur 10 partout ailleurs). Cela correspond au fait qu'avant notre étude, des soirées de formation transversale « RPIB jeunes » avaient déjà été réalisées dans les villes de Langon et Blaye, tandis que d'autres formations « RPIB » avaient été proposées dans le cadre d'ateliers santé-ville au Taillan. Les PMSS participants étant mieux formés dans les villes de Blaye et Le Taillan, les changements d'opinions avaient moins de chance d'être significatifs dans ces lieux de formation.

- Un seul formateur était présent dans les villes de Pauillac, Le Taillan et Bègles. Le paramètre « **nombre de formateurs** » lors de la formation « RPIB jeunes » a aussi pu influencer les résultats obtenus.

Enfin, des mutations ont pu avoir lieu dans l'intervalle entre la formation et l'envoi du QAA 3 mois plus tard, notamment pour les formations ayant eu lieu en fin d'année scolaire (Arcachon, Blaye, Cenon, Carbon Blanc, Pessac). Le lieu d'exercice des répondants au QAA « après » pouvait donc être différent du lieu de formation où le QAA « avant » avait été rempli, ce qui était susceptible de modifier les effectifs selon le « lieu de formation ». De ce fait, ces résultats stratifiés selon le « lieu de formation » doivent être interprétés avec précaution.

5.1.8. Enquête de Satisfaction

Plus de 90% des participants étaient satisfaits de la formation « RPIB jeunes », tant au niveau organisationnel que de son contenu et de son impact sur leurs connaissances et leurs pratiques futures. Toutefois, la question ouverte finale de ce questionnaire nous a permis de répertorier les avis des participants sur la formation et nous suggère plusieurs **améliorations** pouvant être apportées à cette formation, à la fois sur **son contenu** (mises en pratique, documentation...) et **sa forme** (durée, intervenants...). Nous y reviendrons dans la partie « perspectives ».

5.1.9. Conclusion partielle

D'après nos résultats, nous pouvons conclure que **la formation « RPIB jeunes »** proposée aux PMSS de la Gironde entre avril 2012 et mai 2013, a eu un **impact globalement positif sur les perceptions et attitudes déclarées des PMSS** en ce qui concerne l'abord, l'aide et l'orientation des jeunes scolarisés ayant des consommations problématiques. Cette formation **mériterait donc d'être diffusée** au plus grand nombre de PMSS dans la région, voire en France, **afin**

d'améliorer la prise en charge de ces jeunes avant qu'ils n'entrent dans la spirale des complications dues à leur comportement.

5.2. Atouts et faiblesses de l'étude

5.2.1. Intérêts principaux de ce travail

5.2.1.1. Une étude originale

La *formation « RPIB jeunes »* étant née en 2008 en Aquitaine, aucune étude antérieure ne l'avait *jamais évalué jusqu'à ce jour*, notamment chez les PMSS.

5.2.1.2. Une population étudiée quasi-exhaustive et représentative de la population cible

La formation « RPIB jeunes » ayant été rendue obligatoire par l'Éducation Nationale et organisée sur le temps de travail des participants, *la quasi-totalité des PMSS* titulaires du département de la Gironde *a participé à cette formation*.

De plus, nous avons démontré que les échantillons « avant » et « après » étaient *représentatifs de la population cible* avec une distribution de la population étudiée comparable, notamment en termes de professions. De ce fait, cette étude présente un biais de sélection limité.

5.2.1.3. Un outil d'évaluation fiable et reproductible

Le QAA utilisé a été construit à partir d'un questionnaire préexistant, ayant déjà été testé et utilisé à de nombreuses reprises par le réseau AGIR 33 et l'OFDT (182; 183). Logique, court, simple et lisible, il a une bonne acceptabilité, évaluée lors d'une phase test.

5.2.1.4. Une durée d'étude courte

Tous les PMSS de la Gironde ont pu être formés sur la période d'une année (entre avril 2012 et mai 2013) et les derniers QAA après ont été récupérés en octobre 2013.

Le choix était fait d'un « après » à court terme permettant d'évaluer les changements immédiats d'opinions et de pratiques des PMSS quant à la prise en charge des jeunes. En effet, ces formations doivent avoir un impact rapide si on veut espérer un changement à plus long

terme. L'enracinement dans la durée des changements obtenus suppose la mise en place de mesures organisationnelles permanentes facilitatrices (99; 130). Parmi ces mesures on peut citer les liens créés avec les structures addictologiques territoriales, la mise en place d'un site internet régulièrement actualisé permettant une meilleure connaissance de l'ensemble des ressources (www.addictoclic.com) et le rôle des formations professionnelles continues. De plus, si nous avons choisi un délai plus long pour administrer le QAA « après », l'impact réel de la formation « RPIB jeunes » aurait été difficile à isoler d'autres facteurs intercurrents, facilitants ou empêchants.

5.2.1.5. Un biais d'attrition faible

Notre étude présente un ***taux de réponse à nos questionnaires assez exceptionnel***, avec seuls 3 PMSS participants n'ayant pas répondu au QAA « avant » et 30 PMSS participants n'ayant pas renvoyé le QAA « après ». Même s'il reste faible, le taux de non réponse au QAA « après » peut s'expliquer par le fait que les PMSS changent souvent d'établissement (vacataires, contractuels,...), peuvent bénéficier de mutations ou de départ à la retraite. Les questionnaires étant anonymes et adressés aux établissements où les participants exerçaient à la date de chaque formation, un certain nombre de participants ont pu ne pas recevoir le QAA « après » pour ces raisons. L'un des QAA « après » nous est d'ailleurs revenu avec la mention « mutation » inscrite dessus. Cela concerne principalement les formations « RPIB jeunes » ayant eu lieu en fin d'année scolaire 2012 et 2013, dont le QAA « après » était envoyé à la rentrée suivante (Arcachon, Blaye, Cenon, Carbon Blanc et Pessac, avec une moyenne de 3,8 non-répondants au QAA « après » vs 1,6 dans les autres villes).

5.2.1.6. Saisie et traitement des données

La stratégie d'analyse statistique a été définie avec le soutien méthodologique de l'ISPED par l'intermédiaire du Dr Sylvie MAURICE, médecin épidémiologiste, d'un interne de santé publique (Eric FRISON) et avec l'aide de 3 étudiants en Master 1 de Santé Publique de l'ISPED.

5.2.1.7. Des résultats non seulement significatifs mais aussi largement positifs

Pour toutes les questions, ***l'ampleur des différences d'opinions*** observées entre avant et après la formation est telle que ***l'impact positif de la formation « RPIB jeunes » peut être affirmé***

malgré les biais que comporte notre étude, sur le critère de jugement principal pour toutes les professions, et pour les IS sur la totalité des critères secondaires.

5.2.2. Limites et biais de l'étude

5.2.2.1. Limites et biais méthodologiques

5.2.2.1.1. Schéma de l'étude

Ce travail est principalement basé sur une *enquête d'opinions* prenant en compte les *perceptions et pratiques déclarées* des PMSS. Les réponses obtenues sont donc subjectives, pouvant difficilement explorer l'amélioration réelle des connaissances et pratiques, ce qui donne à cette étude un faible niveau de preuve.

Toutefois, la régression des obstacles vécus est le reflet d'un savoir-faire acquis par les PMSS et la diminution significative et substantielle de la sensation d'obstacle chez les PMSS formés reste une réussite, d'autant plus que les taux de participation à la formation et de réponses aux QAA étaient importants. Enfin, le manque de confiance est un des premiers obstacles à lever dans la perspective d'un changement, et nous avons souligné que le sentiment de savoir aider les jeunes avait évolué de façon significative pour toutes les professions.

5.2.2.1.2. Questionnaires utilisés

➤ Le QAA utilisé a été spécifiquement construit autour du dépistage, de la prise en charge et de l'orientation des jeunes ayant des consommations de SPA à risque. Il ne **comporte aucune question sur la thématique du mal-être en général** alors que la formation « RPIB jeunes » comporte un volet non négligeable consacré au dépistage de la souffrance psychique des adolescents et du risque suicidaire. Nous pouvons expliquer ce choix par le fait que les PMSS sont au cœur du repérage de la souffrance psychique des jeunes, et sont déjà formés à cette problématique. A ce niveau, la formation « RPIB jeunes » leur donnait quelques outils supplémentaires pour compléter leurs pratiques. Par contre, il a été identifié par l'Éducation Nationale un manque de formation sur les consommations problématiques de SPA et la demande principale des PMSS était d'ailleurs d'être formés sur cette thématique, d'où un QAA essentiellement orienté sur ces items.

Toutefois, nous aurions pu adapter notre questionnaire, par exemple en dédoublant les 3 questions « aborder », « aider » et « orienter », l'une pour le mal-être et l'autre pour les

consommations de SPA. Cela aurait considérablement allongé notre QAA, et donc probablement diminué le taux de répondants. Dans l'optique de former au « RPIB jeunes » d'autres professionnels, comme les médecins généralistes (non formés spécifiquement à la souffrance psychique des adolescents), ce questionnaire pourrait être repensé dans ce sens.

Les **résultats** obtenus **concernent** donc **uniquement** les difficultés rencontrées par les PMSS pour aborder et prendre en charge **les jeunes ayant une consommation de SPA à risque**, sans s'intéresser à la thématique du mal-être en général. Une étude complémentaire sur ce sujet pourrait être utile pour étoffer nos résultats.

➤ Concernant l'enquête de satisfaction, le questionnaire utilisé ne prenait en compte aucun élément d'identification des répondants, hormis le lieu de formation. Une information quant à la profession de la personne aurait pu être intéressante, notamment pour analyser la dernière question du QAA sur les améliorations à apporter à la formation, et savoir si les modifications à réaliser à la formation « RPIB jeunes » seraient à adapter, ou non, à la profession des participants.

5.2.1.4. Saisie et traitement des données

➤ **Défaut d'appariement des séries « avant » et « après »**

Notre étude comparait les réponses aux questions de deux QAA identiques, avant et 3 mois après la formation « RPIB jeunes ». Les mêmes mesures étant faites deux fois sur les mêmes sujets, il aurait fallu, dans l'idéal, pouvoir appairer les données « avant » et « après » pour que nos résultats prennent en compte la variabilité inter-sujet. Cependant, aucun élément d'identification n'était prévu sur les QAA. De ce fait nous avons dû recourir à des tests qui considéraient l'échantillon «avant formation» comme indépendant de celui «après formation».

Afin de nous permettre d'appairer les séries « avant » et « après » formation nous aurions pu utiliser différentes méthodes:

- La **levée de l'anonymat**. Cependant, éthiquement parlant, il était difficile de ne pas respecter l'anonymat des réponses, d'autant plus que cela aurait probablement biaisé nos résultats (biais de prévarication augmenté et limitation des critiques de la formation par les PMSS).
- L'intégration d'un **numéro identifiant** au questionnaire. En effet, il pourrait être envisageable d'intégrer à chaque QAA «avant » un numéro d'identifiant, saisi en

avance. Chaque participant pourrait alors reporter « son » numéro sur le QAA « après » qu'il remplirait. Une note explicative initiale supplémentaire associée au QAA « avant » serait alors nécessaire, comprenant le numéro d'identifiant et les informant de l'utilité de ce numéro et de la nécessité de le conserver pour le QAA suivant. Toutefois, en pratique, ce système nécessiterait la compréhension et l'adhésion des participants, avec un risque d'augmentation des « perdus de vue » et des questionnaires « après » non exploitables par défaut de numéro.

Une alternative serait de remettre aux participants les QAA « avant » et « après » avec un même numéro d'identification le jour de la formation, associés à une enveloppe « retour » affranchie avec la mention « à remplir et renvoyer à telle date », et à une « carte de visite », taille « carte de crédit », comportant à la fois les coordonnées du réseau et leur numéro d'identifiant. Nous pourrions alors envisager un premier courrier/email à 3 mois rappelant aux participants qu'il est temps de renvoyer le QAA « après », puis une relance en leur fournissant une nouvelle fois le QAA « après », sans numéro (soit sous forme de questionnaire en ligne, soit par email ou par courrier), en leur rappelant de restituer le numéro présent sur leur « carte de visite ». Cette double méthode permettrait de limiter le nombre de participants ayant perdu leur numéro d'anonymat, en espérant qu'ils aient conservés le QAA « après » fourni au départ ou au moins la « carte de visite ».

Cependant, l'objectif de notre étude était de **former une population**, et non chaque PMSS de manière individuelle, et donc d'obtenir des résultats globaux. De ce fait, il n'y avait aucun intérêt à individualiser les résultats. L'appariement des données n'était donc pas indispensable à notre étude, sachant qu'elle évalue la **modification des opinions des PMSS sur l'ensemble de la population**.

➤ **Choix de ne pas traiter les réponses multiples**

La question concernant la fréquence de recherche des consommations proposait plusieurs modalités de réponses, qui n'étaient pas mutuellement exclusives. Cependant, il était précisé qu'une seule modalité devait être cochée. Malgré cela, respectivement 15% et 13% des réponses aux QAA « avant » et « après » ont été multiples. Les enquêtés ayant respecté la consigne auraient peut-être souhaités, eux aussi, donner plusieurs réponses. Nous avons donc choisi de **traiter les choix multiples comme des données manquantes**. Cette décision donne à notre étude un **biais d'information** certain. L'exploitation d'un questionnaire à choix multiples aurait nécessité de réaliser un masque de saisie et de reconvertir les différentes modalités en variables binaires.

5.2.2.2. Limites et biais des résultats

5.2.2.2.1. Pertinence des tests statistiques utilisés

Les tests de comparaisons de proportions utilisés (Chi2 et Fisher) sont des tests bilatéraux qui ne donnent pas le sens du lien entre deux variables. Une alternative aurait été de transformer ces variables qualitatives en variables quantitatives, en codant les différentes modalités sous forme de scores, nous permettant d'utiliser ensuite des tests unilatéraux de comparaison de moyennes. Cela nous aurait permis de donner des résultats plus facilement interprétables sur le sens et l'ampleur de l'évolution des réponses. Cependant, il aurait fallu pour cela justifier que l'écart soit constant entre les différentes modalités de réponses. Aucune donnée de la littérature ne nous permettait d'affirmer cette hypothèse. Nous avons donc jugé plus pertinent de réaliser des tests de comparaison de fréquences.

5.2.2.2.2. Faible puissance des résultats des analyses croisées

➤ En ce qui concerne *l'analyse stratifiée par profession*, nous pouvons noter que l'**impact** de la formation est *significatif sur le critère de jugement principal* (sentiment de savoir aider les jeunes) *pour toutes les professions*.

Par contre, le *faible effectif des AS et des MS* est à l'origine d'un *manque de puissance* de nos analyses statistiques en ce qui concerne les critères de jugement secondaires, ne nous permettant pas toujours de mettre en évidence un éventuel impact de la formation « RPIB jeunes » pour ces deux dernières professions. Une étude multi-centrique en Aquitaine, voire à l'échelle nationale, pourrait être intéressante car elle permettrait d'obtenir des résultats plus significatifs grâce à des effectifs d'AS et MS formés plus importants. Cela impliquerait la généralisation de la formation « RPIB jeunes » en France.

➤ En ce qui concerne l'analyse stratifiée selon le *lieu de formation*, il existe un manque de puissance évident, lié aux faibles effectifs, qui est contraint et non modifiable. Pour pallier à ce problème, nous aurions pu *regrouper les lieux de formation en plusieurs groupes* selon d'autres paramètres : soit selon la localisation de ces villes, plutôt rurales ou urbaines, ou bien selon le nombre de formateurs, pour savoir si cette modalité a un impact sur les réponses obtenues. Ces regroupements permettraient d'avoir des effectifs plus importants, et donc de gagner en puissance.

5.2.3. Conclusion partielle

Les résultats issus de notre étude sont très convaincants de l'existence d'un impact positif de la formation RPIB jeune sur le sentiment de savoir aider le jeune chez les PMSS. En effet, même si notre étude présente des biais, les **changements d'opinions sont tellement importants qu'il est peu probable que ces biais puissent inverser la preuve.**

5.3. Perspectives

5.3.1. Améliorer la formation RPIB jeune

À partir des résultats de l'enquête « avant/après » ainsi que ceux du questionnaire de satisfaction, nous pouvons donner plusieurs propositions pour améliorer la formation « RPIB jeunes ».

➤ Premièrement, au niveau de son contenu, il serait pertinent de **développer les problématiques correspondant aux questions où les obstacles restaient les plus importants** après formation. Notre étude montre qu'après la formation « RPIB jeunes », les principaux obstacles rencontrés par les PMSS sont ceux **liés à la communication avec le jeune et de sa mise en confiance** pour aborder les consommations de SPA. Il conviendrait donc de travailler de manière plus approfondie sur ces thématiques. De même, une partie dédiée à la **gestion des relations avec les parents** de l'adolescent « à risque » serait à intégrer à la formation. Des mises en situation peuvent alors être utiles pour que les PMSS soient plus à l'aise à la fois face au jeune (plus ou moins dans le déni) et face à sa famille. De plus, il serait intéressant de **renforcer** la partie de la formation concernant **l'IB, l'orientation et le suivi du jeune** en situation à risque (2 PMSS sur 10 considérant la proposition «*une fois les consommations connues, on ne sait pas quoi faire* » comme un obstacle « moyen » après formation).

➤ La mise en place d'une partie **plus « pratique »**, avec des jeux de rôle, permettrait aux PMSS de **mieux s'approprier les techniques d'IB**. Pour cela, une formation **plus longue** serait probablement nécessaire, afin de pouvoir à la fois aborder la partie théorique de la problématique du mal-être et des consommations de SPA chez les jeunes, discuter autour des difficultés de terrain rencontrées par les PMSS puis proposer des mises en situation par petits groupes.

➤ Une **deuxième session de formation à distance** de la première serait intéressante pour revenir sur les pratiques, les difficultés de terrains et les obstacles persistants, et retravailler sur ces thèmes, avec, une nouvelle fois, des mises en pratique.

Les résultats de l'étude ROC-ADO, évaluant la formation d'IS et de MS au dépistage des consommations de SPA à risque et aux techniques d'IB entre 2006 et 2008 dans la région Ile-de-France, vont dans ce même sens (155). En effet, malgré le fait que cette formation aux entretiens motivationnels était réalisée sur 2 jours et demi (2 jours puis une demi journée à 3-4 semaines d'intervalles), associant théorie, jeux de rôle et retour sur les pratiques, les IS et MS participants pensaient que cette formation était insuffisante pour acquérir un savoir-faire suffisant en IB, du fait que ces techniques modifiaient complètement leurs techniques d'entretien habituelles, où ils avaient tendance à utiliser une position « parentale » plutôt que de centrer le dialogue sur les préoccupations du jeune. De même, cette étude montrait que les PMSS demandaient à ce qu'ils puissent participer à une **formation continue** sur cette thématique, avec un suivi permettant de renforcer leurs compétences en entretien motivationnel.

Toutefois, il reste plus facile d'obtenir un financement et l'adhésion des participants lorsque la formation est courte. Ces contraintes budgétaires associées à nos résultats (changements significatifs des opinions des PMSS), nous permettent de dire qu'il reste **plus intéressant de former un maximum de professionnels avec une formation d'une journée plutôt qu'un nombre limité d'entre eux avec une formation plus longue.**

➤ D'autre part, il semble nécessaire **d'améliorer le contact** des PMSS **avec les structures ressources locales** pour favoriser l'orientation adaptée des jeunes en difficultés. Pour cela, il peut être envisageable de **diversifier les intervenants** lors de chaque formation et de donner plus de **documentation d'information** autour de ces structures. Une **visite des structures** pourrait même être envisagée, mais cela impliquerait de rallonger la durée de cette formation. Le réseau AGIR 33 Aquitaine dispose d'une déléguée santé prévention (DSP) qui pourrait visiter les PMSS pour leur amener de l'information et relever leurs besoins. De même un site internet (www.addictoclic.com) sera mis en place au deuxième semestre 2014, afin d'accéder, en quelques clics, aux ressources locales en addictologie, de façon actualisée, pour toute l'Aquitaine.

➤ Enfin, cette formation pourrait être plus largement **diffusée à tous les professionnels de l'Éducation Nationale**, pour plus de **pluridisciplinarité** et **améliorer la communication**

interprofessionnelle, tout en veillant à ce que les *effectifs ne soient pas trop importants* à chaque formation (maximum 20 personnes), pour permettre un dialogue constructif. Les résultats de l'étude ROC-ADO (155) menaient à des conclusions allant aussi dans ce sens.

➤ Toutefois, le contenu de la formation devra probablement être *adapté aux différentes catégories professionnelles*, toutes n'ayant pas de formation dans le domaine de la santé. Il pourrait être envisagé une formation comprenant à la fois *des temps communs à toutes les professions*, des *ateliers en petits groupes pluridisciplinaires*, pour un échange de points de vue sur les pratiques des uns et des autres, et d'autres en *regroupant les participants par professions*, pour répondre aux problématiques de terrain spécifiques à chaque profession.

5.3.2. Améliorer le mode d'évaluation des formations futures

➤ *Reformuler la question concernant les circonstances de recherche des consommations de SPA*

Soit en proposant des *choix mutuellement exclusifs*, soit en la présentant *sous forme de plusieurs variables binaires*. Ceci permettrait une meilleure exploitation des réponses sur le plan statistique.

➤ *Ajouter au QAA des questions traitant de l'abord et de la prise en charge de la souffrance psychique.*

Et non uniquement des consommations de SPA, afin d'évaluer la formation « RPIB jeunes » dans son ensemble, en essayant de ne pas trop allonger le QAA. Cela pourrait être particulièrement intéressant pour évaluer la formation d'autres professionnels, comme les médecins généralistes, peu formés au repérage du mal-être des adolescents. Cette proposition est moins pertinente pour les PMSS qui ont déjà des compétences en la matière. Pour les PMSS, l'objectif principal demeure l'amélioration des connaissances et du savoir-faire sur la thématique des consommations problématiques de SPA.

➤ *Modifier certains obstacles*

Il pourrait être intéressant de creuser certaines questions dont les résultats paraissent les plus significatifs, et au contraire en enlever d'autres qui semblent moins pertinentes.

Par exemple :

- La proposition « *j'ai des difficultés à aborder les jeunes en général* » n'est peut-être pas adaptée à la population des PMSS, qui ont choisi de travailler au contact des jeunes scolarisés. Cette question reste intéressante à poser pour une population de médecins généralistes.

- De même, la phrase relative à la « *présence des parents* » peut être interprétée de manière différente par les PMSS et les MG. En effet, pour ces derniers, il s'agit d'une présence physique en consultation, qui peut être vécue comme une difficulté, alors que pour les PMSS, elle peut être considérée comme une présence au côté du jeune dans la vie quotidienne, ce qui serait plutôt un facteur protecteur, les parents accompagnant peu l'élève lorsqu'il rencontre un PMSS. Peut-être serait-il plus pertinent de faire une proposition relative à « *l'absence ou déni parental* », qui semble constituer un obstacle plus pertinent pour les PMSS ?

- De même, in obstacle autour du rôle des parents, du type « *une fois les consommations connues, je ne sais pas si je dois en informer les parents* », pourrait être proposé dans le questionnaire.

- L'obstacle lié au « *manque de temps* », utilisé par l'OFDT dans le questionnaire « RPIB alcool » (182), n'a pas été repris en tant que tel dans notre questionnaire. Cependant, cette difficulté est largement citée par les PMSS dans la question ouverte finale. Il serait donc intéressant de l'intégrer au questionnaire.

- Un obstacle à l'orientation du jeune, *lié aux structures spécialisées*, pourrait aussi être ajouté (éloignement, délais de prise en charge, communication, horaires...)

Malgré le fait que certains obstacles soient moins adaptés aux PMSS qu'aux MG, garder le même questionnaire pour tous les professionnels participants aux formations, présente l'intérêt de pouvoir comparer ensuite les résultats entre eux.

➤ ***Rajouter une question sur l'utilisation ou non des outils de repérage***

Cette question, présente dans le questionnaire « RPIB alcool » de l'OFDT (182), serait intéressante à exploiter dans le QAA « après » afin de connaître la proportion de PMSS utilisant les outils de repérage fournis lors de la formation.

➤ ***Poursuivre l'évaluation de la formation lors des prochaines sessions***

Afin de pouvoir avoir une puissance plus grande dans nos résultats concernant les MS et AS.

En regroupant nos données avec celles des formations futures, les effectifs de MS et d'AS seraient plus importants, nous permettant d'obtenir des résultats ayant une plus grande puissance.

5.3.3. Pérenniser et diffuser la formation « RPIB jeunes »

Notre étude montre que *la formation « RPIB jeunes »*, proposée par AGIR 33, a un **impact positif sur les perceptions et attitudes des PMSS face à un jeune ayant des consommations à risque**. Or la formation des PMSS est un point clé pour obtenir un meilleur dépistage et une prise en charge adéquate des adolescents en situation de détresse. Nous avons donc tout intérêt à **diffuser** au maximum cette formation auprès de tous les professionnels de l'Éducation Nationale (auprès des PMSS mais aussi auprès du corps enseignant et de l'équipe éducative) et même à plus large échelle, **auprès de tout professionnel susceptible de travailler au contact des jeunes sur le territoire français**.

Dans un premier temps, il serait intéressant que cette formation « RPIB jeunes » puisse être proposée à tous les PMSS des établissements secondaires d'Aquitaine, afin d'en évaluer l'impact sur les perceptions et attitudes des PMSS avec plus de puissance. Cette formation pourrait aussi être proposée aux professeurs et membres de l'équipe éducative afin que l'on puisse en évaluer l'impact sur ces catégories professionnelles.

D'autre part, cette formation devrait aussi être diffusée plus largement et évaluée en dehors du milieu scolaire : dans les structures médico-sociales pour adolescents (foyers d'hébergements, maisons des adolescents...), chez les médecins généralistes (déjà mise en place mais pas encore évaluée), les structures de loisirs...

La diffusion de cette formation répond tout à fait aux recommandations du groupe d'expert de l'Inserm concernant les conduites addictives des adolescents (74) et aux objectifs de plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (125), et pourrait donc parfaitement entrer dans son prochain plan d'actions.

5- Conclusion

Les résultats de notre étude sont très encourageants, montrant un impact favorable fort de la formation « RPIB jeunes » sur les opinions des PMSS. Elle semble permettre un repérage plus systématique, levant de nombreux obstacles pour aborder les consommations de SPA et améliorant grandement le sentiment de savoir aider et orienter le jeune en difficulté.

Cette formation est donc une réussite et mérite toute-à-fait d'être diffusée à plus grande échelle, à la fois en diversifiant le public de professionnels cibles, et en proposant cette formation sur un territoire géographique plus important, voire au niveau national.

De plus, notre travail nous a permis de nous rendre compte que différentes améliorations peuvent être apportées à ces formations afin de les optimiser.

C'est pourquoi la diffusion de la formation « RPIB jeunes » ne doit pas être dissociée d'une évaluation continue, afin d'augmenter encore la pertinence et l'efficacité de celle-ci sur le repérage précoce et la prise en charge de la souffrance psychique et des comportements à risque chez les adolescents.

Dans les années à venir, il serait intéressant de mesurer l'impact du développement d'une telle formation sur les conduites à risque des jeunes (nombre d'hospitalisation en urgence, nombre de jeunes déscolarisés, taux de suicide...), tout en étant conscient de la complexité de ce type d'évaluation.

6- Bibliographie

- 1- Alvin P, Marcelli D, Bader-Meunier B, Baruchel A. *Médecine de l'adolescent*. 2^e ed, Elsevier Masson, 2005.
- 2- Marcelli D, Braconnier A. *Adolescence et psychopathologie*. 7^e ed, Paris: Elsevier Masson, 2008.
- 3- Inserm-Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. *Principales causes de décès des jeunes et des enfants en 2011 en France métropolitaine*. [En ligne] [Consulté le 5 déc 2013] Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATCCJ06206®_id=0
- 4- Auvray L, Le Fur P. *Adolescents: état de santé et recours aux soins*. Questions d'économie de la santé [Revue en ligne]. mars 2002, 49, 6p. [Consulté le 8 déc 2013] Disponible sur <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes49.pdf>
- 5- Beck F, Richard JB, dir. *Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètre santé, 2013: 344p.
- 6- Binder P. *Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres ? Enquête auprès de 3 800 adolescents (Enquête "LYCOLL")*. Rev Prat Med Gen, 2001, 15 : 1507-12.
- 7- Spilka S, Le Nezet O. *Alcool, tabac, cannabis durant les "années lycées"*. Tendance [Revue en ligne], nov 2013, 89, 8p. [Consulté le 8 janvier 2014] Disponible sur <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxsstb.pdf>
- 8- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. *Données régionales ESCAPAD 2011 au format Excel*. 24p. [En ligne] [Consulté le 5 déc 2013.] Disponible sur <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/ESCAPAD2011REGIONS.xls>
- 9- Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. *Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis*. Arch Intern Med 2005, 165(9): 986–95.
- 10- Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N et al. *Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations*. Cochrane Database of Systematic Reviews [Revue en ligne], 2007, 2(CD004148) [Consulté le 9 déc 2013] Disponible sur <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004148.pub3/abstract>
- 11- République Française. *Circulaire DGS/SD6B n°2006/449 du 12 Octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie*. Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 2006/11, pp.121-126.

- 12- Institut National de la Statistique et des Études Économiques. *Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2013 en France métropolitaine*. [En ligne] [Consulté le 9 déc 2013], Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2.htm
- 13- Institut National de la Statistique et des Études Économiques. *Population selon le sexe et l'âge au 1er janvier 2012 en Aquitaine*. [En ligne] [Consulté le 9 déc 2013], Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=4&ref_id=poptc02104
- 14- Marshall WA, Tanner JM, *Variations in the pattern of pubertal changes in girls*, Archives of Disease in Childhood, 1969, 44 : 291-303.
- 15- Marshall WA, Tanner JM. *Variations in the pattern of pubertal changes in boys*, Archives of Disease in Childhood, 1970, 45 (239): 13–23.
- 16- Birraux A. *L'adolescent face à son corps*. Paris : éd universitaires, coll. Emergence, 1990; Paris : Bayard, 1994 et Paris : Albin Michel, coll. Essais psy, 2013.
- 17- Beck F, Firdion JM, Legleye S, Schiltz MA. *Les Minorités sexuelles face au risque suicidaire: acquis des sciences sociales et perspectives*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 112 p.
- 18- Mabilon-Bonfils B. *Les élèves souffrent-ils à l'école ? Des souffrances scolaires « ordinaires » qui ne peuvent se dire...* Adolescence, 2011, 29(3) : 637-64.
- 19- Godeau E, Navarro F, Arnaud C dir. *La santé des collégiens en France en 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2012 : 254 p.
- 20- Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, De Looze M, Robert C et al. *Social determinants of health and well-being among young people, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe: 2012, 272p.
- 21- Dourgnon P, Guillaume S, Rochereau T. *Maladies et troubles de santé déclarés en 2010 : Taux de prévalence par chapitre par classe d'âge*. Dans: Dourgnon P, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010, Les rapports de l'IRDES, juil 2012, 553 (1886): 81.
- 22- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Dress). *La santé des adolescents*. Études et résultats, juin 2004, 322 : 1-12.
- 23- Courtois R. *Les conduites à risque à l'adolescence: Repérer, prévenir et prendre en charge*. Paris: Dunod , 2011.
- 24- Piko BF. *Self-perceived Health Among Adolescents: the Role of Gender and Psychosocial Factors*. European Journal of Pediatrics, 2007, 166(7): 701-8.

- 25- Sobole A. *Conduites à risque de l'adolescent*. la revue du praticien médecine générale, févr 2008, 22(796) : 210-1.
- 26- Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine. *Enquête sur la santé des lycéens de la communauté urbaine de Bordeaux en 2010-2011*. Bordeaux : ORSA , 2011 : 22p.
- 27- Parnot L, Rousseau A, Benazet M, Faure B, Lenhoret E, Sanchez A et al. *Comparaison du vécu corporel en fonction du genre chez l'adolescent et le jeune adulte*. J de thérapie comportementale et cognitive 2006 ; 16(2) : 45-8.
- 28- Jouret B, Dupuy M, Beck F. *Image de soi et poids*. Dans :Godeau E, Arnaud C, Navarro F, La Santé des collégiens en France/2010. Saint-Denis: Inpes, 2012, pp 115-124.
- 29- Escalon H, Beck F. *Jeunes et alimentation: des comportements sexués, évoluant avec l'âge et socialement marqués*. Agora 2013; 63 : 113-27.
- 30- Coudreau S, Mignot C. *Prise en charge de l'adolescent obèse*. La Revue du Praticien 2005; 55 : 1430-6.
- 31- Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen). *Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)*. Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, 2007 : 74 p.
- 32- Walker MP. *The Role of Sleep in Cognition and Emotion*. Annals of the New York Academy of Sciences, 2009, 1156: 168-97.
- 33- Léger D, Beck F, Richard JB, Godeau E. *Total sleep time severely drops during adolescence. Findings from the HBSC study on a nationally representative sample of 11 to 15 year old students*. PLoS ONE [Revue en ligne], 2012, 7(10). [Consulté le 5 déc 2013] Disponible sur : www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0045204
- 34- Bailly D, Bailly-Lambin I, Querleu D, Beuscart R, Collinet C. *Le sommeil des adolescents et ses troubles: Une enquête en milieu scolaire*. L'Encéphale, 2004, 30(4) : 352-9.
- 35- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Press, jan 2000.
- 36- Choquet M. *Médicaments contre le stress et l'insomnie*. Enfances & Psy 2004, 25: 65-6.
- 37- Spilka S, Le Nézet O, Tovar ML. *Drogues à l'adolescence: Premiers résultats de la septième enquête nationale ESCAPAD*, St Denis: OFDT, 2011, 8p.
- 38- Marcelli D, Berthaut E. *Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence*. Paris : Masson, coll. Les âges de la vie, 2001.

- 39- Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. *Depression in adolescence*. Lancet, 2012, 17(9820) : 379.
- 40- Chan Chee C, Beck F, Sapinho D, Guilbert Ph. *La dépression en France*. Saint-Denis: INPES, coll. Études santé, 2009: 208p.
- 41- Rao U, Daley SE, Hammen C. *Relationship between depression and substance use disorders in adolescent women during the transition to adulthood*. Journal of Am Acad of Child & Adolescent Psychiatry, 2000, 39: 215-22.
- 42- Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J. *Adult outcomes of childhood and adolescent depression. Risk for antisocial disorders*. Journal of Am Acad Child Psychiatry, 1991, 30: 434-9.
- 43- Aalto-Seltala T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lönnqvist J. *Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment*. American Journal of Psychiatry, 2002, 159: 1235-6.
- 44- Hazell P. *Depression in children and adolescents*. Clinical Evidence [Revue en ligne], Oct 2011, 1008. [Consulté le 5 décembre 2013] Disponible sur: <http://www.clinicalevidence.com/x/systematic-review/1008/overview.html>
- 45- Hawton K, Saunders K E, O'Connor RC. *Self-harm and suicide in adolescents*. The Lancet, 2012, 379(9834): 2373-82.
- 46- MuehlenkampJJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. *International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2012, 6:10.
- 47- Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB et al. *The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study*. Lancet, 2012, 379(9812) : 236-43.
- 48- Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Laurent F, Jouglu E. *La mortalité par suicide en France en 2006*. Drees. Études et résultats, sept 2009, 72:1-8
- 49- Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jouglu E. *Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine 2006*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, déc 2011, 47-48 : 497-500.
- 50- Chan-Chee C, Jezewski-Serra D. *Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine*. Analyse du PMSI-MCO. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, déc 2011, 47-48 : 492-496.
- 51- Alvin P. *L'Envie de mourir, l'Envie de vivre. Un autre regard sur les adolescents suicidants*. Association française de Promotion de la Santé scolaire, Paris: Doin, 2009.
- 52- Chan Chee C, Gourier-Fréry C, Guignard R, Beck F. *État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France*. Santé publique, 2011, 6 : 11-29.

- 53- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*. Recommandations professionnelles, Paris : ANAES, 1998 : 44p.
- 54- Harris EC, Barraclough B. *Suicide as an outcome for mental disorders*. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170 : 205-28.
- 55- Choquet M, Pommereau X, Lagadic C, Cottin K. *Les élèves à l'infirmierie scolaire: identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire*. 2001. Paris : Ed INSERM, 73p.
- 56- Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine. *Les jeunes de 15-19 ans en Aquitaine*. Le point sur..., nov 2010 : 1-16.
- 57- Observatoire national interministériel de la sécurité routière. Les données brutes des victimes des accidents de la circulation selon l'âge et le sexe en France métropolitaine. Dans : *La sécurité routière en France : Bilan de l'accidentalité de l'année 2012*. Paris : Direction de l'information légale et administrative, 2013 : p94
- 58- Assailly JP, Naring F, Guyotot P, Ait El Cadi H. La prise de risque des jeunes sur la route: Que disent les jeunes? Quelles stratégies d'intervention?, CRAES-CRIPS, ADES et LCVR de la Drôme, ADESSI de l'Isère, CODES de la Loire, ADES du Rhône, 2002, 40p.
- 59- Basoin M, DREAL Aquitaine, Unité Circulation Sécurité Routières. *La sécurité routière en région Aquitaine en 2012*. Bordeaux : Ministère de l'Ecologie, du Développement Durable et de l'Energie, juil 2013, 24 p.
- 60- Billa S. *Bilan 2011 de la sécurité routière en Gironde*. [dossier de presse], janv 2012.
- 61- Bajos N, Bozon M, Beltzer N. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre, santé*. Paris : La Découverte, 2008.
- 62- Tripp J, Viner R. *Sexual health, contraception, and teenage pregnancy*. *BMJ* 2005, 330: 590-3.
- 63- Wellings K, Nanchahal K, Macdowall W, McManus S, Erens B, Mercer C. *Sexual Behavior in Britain: Early Heterosexual Experience*. *Lancet* 2001; 358(9296): 1843-50.
- 64- Madkour A, Farhat T, Halpern C, Godeau E, Nic Gabhainn S. *Early Adolescent Sexual Initiation as a Problem Behavior: a Comparative Study of Five Nations*. *J Adolesc Health* 2010; 47(4) : 89-98.
- 65- Godeau E, Vignes C, Duclos M, Navarro F, Cayla F, Grandjean H. *Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles: données françaises de l'enquête internationale HBSC/OMS*. *Gynécologie obstétrique & fertilité* 2008; 36(2) : 176-82.
- 66- Vilain A, Mouquet MC. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2010*. *Dress, Études et Résultats* juin 2012 ; 804: 1-6.

- 67- Abitteboul Y, Poutrain JC, Brillac T, Demmou M, Escourrou B, Rougé-Bugat ME et al. *IVG chez les mineures: Repérer et prévenir les situations à risque, qualité des soins*. Rev Prat Méd Générale 2010 ; 24 (846) : 612-3.
- 68- Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. *les interruptions volontaires de grossesses en Aquitaine, le point sur...*, déc 2010 : 1-11.
- 69- Beck F, Cavalin C, Maillouchon F. *Violences et santé en France : état des lieux*. Paris: La Documentation française, 2010.
- 70- Évrard L. *Résultats de la première enquête nationale de victimation au sein de collèges publics au printemps 2011*. Ministère de l'éducation nationale, Note d'information, oct 2011, (11.14) : 1-8.
- 71- Murat F. *Les actes de violence recensés dans les établissements publics du second degré en 2010-2011*. Ministère de l'éducation nationale, Note d'information, oct 2011, (11.13): 1-6.
- 72- Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Gabhain SN, Scheidt P et al. *Bullying and Symptoms Among Schoolaged Children: International Comparative Cross-sectional Study in 28 Countries*. European J Public Health 2005; 15(2) :128-32.
- 73- Cohen-Salomon Ch, Côté S, Fournieret P, Gasquet I, Guedeney A, Hamon M et al. *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. [expertise collective], Paris : éd Inserm, 2005 : 428p.
- 74- Beck F, Dervaux A, Du Roscoat E, Gallopel-Morvan K, Grall-Bronnec M, Kern L et al. *Conduites addictives chez les adolescents: Usages, prévention et accompagnement*. Paris : ed Inserm, fev 2014 : 60p.
- 75- Beck F, Guignard R, Richard JB, Tovar ML, Spilka S. *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010: Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives chez l'adulte*. OFDT, Tendances, 2011, 76: 6p.
- 76- Hibell B, Guttormsson U, Ahlstrom S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A et al. *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2012: 390p.
- 77- Spilka S, Le Nézet O. *Premiers résultats du volet français de l'enquête European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) 2011*. Saint Denis : OFDT, mai 2012 : 17p.
- 78- Anderson P, Moller L, Galea G. *Alcohol in the European Union : Consumption, Harm and Policy Approaches*. Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe, 2012 : 161 p.

- 79- Schmit S, Chauchard E, Chabrol H, Sejourne N. *Évaluation des caractéristiques sociales, des stratégies de coping, de l'estime de soi et de la symptomatologie dépressive en relation avec la dépendance aux jeux vidéo en ligne chez les adolescents et les jeunes adultes*. *Encephale* 2011; 37(3) : 217-23.
- 80- Corcos M, Phan O, Nezelof S, Jeammet Ph. *Psychopathologie de l'adolescent fumeur de cannabis*. *Rev Prat* 2005; 55 :35-40.
- 81- David J, DeWit PD, Edward M, David R, Offord D, Alan C et al. *Age at First Alcohol Use: A Risk Factor for the Development of Alcohol Disorders*. *Am J Psychiatry* 2000; 157 :745-50.
- 82- Warnault V, Barbier E, Houchi H, Pierrefiche O, Vilpoux C, Daoust M et al. *Effets de l'exposition à l'alcool pendant l'adolescence sur la vulnérabilité à l'alcool et aux autres substances psychoactives*. *Les cahiers de l'IREB* 2007 ; 18 :23-34.
- 83- Beck F, Godeau E, Legleye S, Spilka S. *Les usages de drogues des plus jeunes adolescents: données épidémiologiques*. *Médecine/sciences* 2007; 23(12): 1162-8.
- 84- Aubin HJ, Auriacombe M, Reynaud M, Rigaud A. *Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool*. *Alcoologie et Addictologie* 2013; 35(4) : 309-15.
- 85- Holzer L, Halfon O, Thoua V. *La maturation cérébrale à l'adolescence*. *Arch Pédiatrie* 2011; 18(5) : 579-88.
- 86- Institut national de la recherche médicale. *Jeux de hasard et d'argent: Contextes et addictions*. Paris: Éditions inserm, 2008 : 497p.
- 87- Peretti-Watel P. dir. *La Lutte contre le tabagisme*. Paris: La Découverte, coll. Problèmes politiques et sociaux, 2007 : 110 p.
- 88- Peretti-Watel P, Beck F, Legleye S, Moatti JP. *Becoming a smoker : adapting Becker's model of deviance for adolescent smoking*. *Health Sociology Review* 2007; 16(1): 53-67.
- 89- Danielsson AK, Wennberg P, Hibell B, Romelsjo A. *Alcohol use, heavy episodic drinking, and subsequent problems among adolescents in 23 European countries: does the prevention paradox apply?* *Addiction* 2012; 107(1): 71-80.
- 90- Balamou Ch. *Addiction sans produit: synthèse bibliographique*, ORSP de Franche comté, nov 2012 : 79p.
- 91- Louacheni C, Plancke L et Israel M. *Les loisirs devant écran des jeunes. Usages et mésusages d'internet, des consoles vidéo et de la télévision*. *Psychotropes* 2007; 13(3-4) : 153-75.
- 92- Caillon J, Grall-Bronnec M, Bouju G, Lagadec M, Vénisse JL. *Pathological gambling in adolescence*. *Arch Pediatr* 2012 ; 19(2): 173-9.

- 93- Kuss DJ, Griffiths MD. *La dépendance au jeu sur internet : Une revue systématique des recherches empiriques disponibles dans la littérature*. *Dépendances* 2012; 79:17-49.
- 94- Minotte P, Donnay JY. *Les usages problématiques d'Internet et des jeux vidéo*. Les cahiers de l'Institut Wallon pour la santé mentale, Namur: déc 2010, 6, 144p.
- 95- Yee N. *The Psychology of MMORPGs: Emotional Investment, Motivations, Relationship Formation, and Problematic Usage*. Dans: Schroeder R, Axelsson A (Eds.) *Avatars at Work and Play: Collaboration and Interaction in Shared Virtual Environments*. London: Springer-Verlag. 2006 : 187-207.
- 96- Beck F, Guignard R, Léon C, Richard JB. *Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre sant*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé territoires, 2013 : 104 p.
- 97- Choquet M, Ledoux S. *Adolescents. Enquête Nationale*. Paris, Les Editions de l'inserm (Analyses et prospective), 1994 : 272 p.
- 98- Du Roscoät E, Beck F. *Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature*. *La Santé de l'Homme*, 2012, 422 : 4-6.
- 99- Organisation Mondiale de la Santé, département de santé mentale et toxicomanies. *La prévention du suicide: Indication pour le personnel enseignant et le milieu scolaire*. Genève : WHO, 2002 : 18p.
- 100- Binder P. *Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel*. *Revue Prat Médecine Générale*, 2005, 19 :1307-13.
- 101- Code de l'éducation. *Article L 131-1 relatif à l'obligation scolaire*, ratifié par la Loi n° 2003-339 du 14 avril 2003. Paris : Chirac, 2003.
- 102- Institut National de la Statistique et des Études Économiques. *Taux de scolarisation par âge en 2011*. [En ligne] [Consulté le 8 déc 2013] Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&id=146
- 103- Ministère de l'éducation nationale. *Les chiffres clés du système éducatif, année 2013-2014*. [En ligne] [Consulté le 8 déc 2013] Disponible sur : <http://www.education.gouv.fr/cid195/les-chiffres-cles.html>
- 104- Institut National de la Statistique et des Études Économiques. *Effectifs scolarisés du second degré en 2012-2013 en Aquitaine*. [En ligne] [Consulté le 8 déc 2013], Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=4&ref_id=edutc07102
- 105- Lang J. *Missions des médecins de l'éducation nationale*. Bulletin Officiel du ministère de l'éducation nationale et du ministère de la recherche, 12 janv 2001, 1(2001-013).
- 106- Cours des comptes. *Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire*. Rapport demandé par le président de l'Assemblée nationale pour le comité d'évaluation et

- de contrôle des politiques publiques (article L. 132-5 du code des juridictions financières). 2011 : 197p.
- 107- Service médical des élèves. *Année 2012-2013*. Bordeaux : Direction des services départementaux de l'éducation nationale de la Gironde, janv 2014: 26p.
- 108- République française. *LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance*, JORF du 6 mars 2007, 55 : p. 4215.
- 109- Lang J. *Missions des infirmier(ère)s de l'éducation nationale*. Bulletin Officiel du ministère de l'éducation nationale et du ministère de la recherche, 12 janv 2001, 1(2001-014).
- 110- Ferrand I, Guillet P, Haut Comité de la santé publique. *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Rennes : ed ENSP, fév 2000 : 132p.
- 111- *Circulaire n° 2011- 216 du 2 décembre 2011 relative à la politique éducative de santé dans les territoires académiques*. Bulletin Officiel de l'Éducation Nationale n°46 du 15 décembre 2011.
- 112- *Circulaire n° 91-248 du 11 septembre 1991*, modifiée par la circulaire n° 95-181 du 28 juillet 1995, *relative aux missions et au fonctionnement du service social de l'Éducation Nationale*. Bulletin officiel de l'Éducation Nationale n° 33 du 26 septembre 1991 et n°31 du 31 août 1995.
- 113- *Service social en faveur des élèves : Organisation du service*. Académie de Bordeaux, direction des services départementaux de l'éducation nationale. Gironde. [En ligne] [Consulté le 8 déc 2013] Disponible sur : <http://www.ac-bordeaux.fr/ia33/vie-de-leleve/action-sociale-en-faveur-des-eleves.html>
- 114- WHO Regional Office for Europe. *Alcohol-less is better*. Proceedings of the WHO European Conference on Health, Society and Alcohol, Dec 1995. Paris, France. WHO Regional Publications, European Series 1996, 70.
- 115- Castera Ph. Repérage précoce et intervention brève : 5 minutes pour convaincre. *Addictions* 2008;22: 10-15.
- 116- WHO Collaborative Project on identification and management of alcohol-related problems in primary cares. *Development of Country-wide strategies for implementing early identification and Bbrief intervention in primary health care: Report on phase IV*. United Kingdom: Heather N, 1998.
- 117- Diaz-Gomez C, Milhet M. *Évaluation des politiques publiques. Repérage précoce, Intervention brève : stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes*. Paris : OFDT, 2005 : 220p.

- 118- World Health Organization. Public Health Action for the Prevention of Suicide. Genève : World Health Organization, 2012: 26 p.
- 119- Groupe francophone de travail sur le repérage des consommations à risque et dangereuses de substances psychoactives chez les adolescents et les jeunes adultes. *Substances psychoactives chez les jeunes: Outils de repérage et d'évaluation des consommations disponibles en français*. Alccologie et Addictologie, 2007, 29: 131-41.
- 120- Anderson P, Gual A, Colom J. INCa (trad.). *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*. Paris : INPES, 2008 : 141p
- 121- Miller WR, Rollnick S, Lecailler D. *L'entretien motivationnel: Aider la personne à engager le changement*. 2^e ed, Paris : Inter-édition-Dunod, 2013.
- 122- Henry-Edwards S, Humeniuk R, Ali R, Monteiro M, Poznyak V. *Brief Intervention for substance use: A manual for use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization, 2003: 29p.
- 123- Organisation mondiale de la santé. *Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Genève: OMS, 2005 : 115p.
- 124- Michaud P, Dangaix D. *Le repérage de la consommation d'alcool est efficace chez les jeunes*. La santé de l'Homme 2009; 400: 4-5.
- 125- République française. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives*, Paris : La documentation française, coll. des rapports officiels, sept 2013 : 121p.
- 126- Williams SB, O'Connor EA, Eder M, Whitlock EP. *Screening for child and adolescent depression in primary care settings: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force*. Pediatrics 2009;123(4):716-35.
- 127- Horowitz LM, Ballard ED, Pao M. *Suicide screening in schools, primary care and emergency departments*. Curr Opin Pediatr, 2009, 21(5):620-7.
- 128- Peña JB, Caine ED. *Screening as an approach for adolescent suicide prevention*. Suicide Life Threat Behav 2006; 36(6):614-37.

- 129- Hallfors D, Brodish PH, Khatapoush S, Sanchez V, Cho H, Steckler A. *Feasibility of screening adolescents for suicide risk in "real-world" high school settings*. Am J Public Health 2006; 96(2): 282-87.
- 130- Julien M, Breton JJ. *La prévention du suicide chez les adolescents Que savons-nous de son efficacité ?* Frontières 2008; 21(1): 23-31.
- 131- Mitchell AJ, Coyne JC. *Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta analysis of 22 studies*. British J Gen Pract 2007; 57(535): 144-51.
- 132- Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. *International comparison of clinicians' ability to identify depression in primary care: meta-analysis and meta-regression of predictors*. British J Gen Pract 2011; 61(583): 72-80.
- 133- ANAES, Fédération Française de psychiatrie, DGS. *La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge*. Recommandations. Texte long. Paris : ANAES, 2000, 31p.
- 134- Gould MS, Marrocco FA, Hoagwood K, Kleinman M, Amakawa L, Altschuler E. *Service use by at risk youths after school-based suicide screening*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009; 48(12): 1193-201.
- 135- Hallfors D, Brodish PH, Khatapoush Sh, Sanchez V, Cho H, Steckler A. *Feasibility of Screening Adolescents for Suicide Risk in "Real-World" High School Settings*. Am J Public Health 2006; 96(2): 282-7.
- 136- Crawford MJ, Thana L, Methuen C, Ghosh P, Stanley SV, Ross J, et al. *Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial*. British J Psychiatry 2011; 198(5) : 379-84.
- 137- Wintersteen MB. *Standardized screening for suicidal adolescents in primary care*. Pediatrics 2010;125(5):938-44.
- 138- Isaac M, Elias B, Katz LY, Belik SL, Deane FP, Enns MW, et al. *Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review*. Can J Psychiatry 2009; 54(4):260-8
- 139- Housseau B, Vincent I, *Entre nous: Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ?* Saint Denis : Ed INSERM, 2009 : 90p.

- 140- Fuhrer R, Rouillon F. *La version française de l'échelle CES-D (Center for epidemiologic studies depression scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation.* Psychiatr Psychobiol 1989; 4(3) : 163-6.
- 141- Faulstich ME, Carey MP, Ruggiero L, Enyart P, Gresham F. *Assessment of depression in childhood and adolescence: An evaluation of the the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC).* Am J Psychiatry 1986;143(8):1024-7.
- 142- Cuijpers P, Boluijt P, van Straten A. *Screening of depression in adolescents through the Internet Sensitivity and specificity of two screening questionnaires.* Eur Child Adolesc Psychiatry 2008; 17(1) :32-8.
- 143- Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. *The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study.* BMC Psychiatry 2007; 7:2.
- 144- Cohen E, MacKenzie RG, Yates GL. *HEADSS, a psychosocial risk assessment instrument: Implications for designing effective intervention programs for runaway youth.* J Adolesc Health 1991; 12 (7) : 539-44.
- 145- Meynard A, Haller D, Navarro C, Narring F. *Prises de risque à l'adolescence : stratégies et outils pour les consultations en médecine de premier recours.* Rev Med Suisse, 2008,4 : 1451-5.
- 146- Binder P, Chabaud F, Balima S, Saillard C, Robin S, Taugourdeau R, Choquet M. *Nouvelles démarches épidémiologiques: une enquête issue du terrain auprès de 3800 adolescents.* Rev de Santé Pub, 2001, 13(4) : 367-77.
- 147- Binder P, Chabaud F. *Dépister les conduites suicidaires des adolescents (I), Conception d'un test et validation de son usage.* Rev Prat Med Gen, 2004, 18 : 576-80.
- 148- Binder P, Chabaud F. *Dépister les conduites suicidaires des adolescents (II) Audit clinique auprès de 40 généralistes.* Rev Prat Medecine Générale, 2004, 18(652/653) : 641-5.
- 149- Haute autorité de Santé. *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires.* St Denis : HAS, 2005 : 17p.
- 150- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. *Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption.* Addiction 1993; 88:791-804.

- 151- Arfoui S. *Construction d'un questionnaire court de repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale, le questionnaire "FACE"*. Thèse pour le doctorat en Médecine. Paris, Université René Descartes, 2002.
- 152- Denis C, Lavie E, Fatséas M, Auriacombe M. *Outils d'évaluation pour les troubles addictifs*. Dans: Lejoyeux M. *Addictologie*. Paris: Masson, 2009 : 254-63.
- 153- Landry M, Guyon L, Bergeron J, Provost G. *Évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. Développement et validation d'un instrument*. *Alcoologie et Addictologie*, 2002, 24(1) : 7-13.
- 154- Bernard M, Bolognini M, Plancherel B, Chinet L, Laget J, Stephan P et al. *French validity of two substance-use screening tests among adolescents: A comparison of the CRAFFT and DEP-ADO*. *J Subst Use* 2005; 10(6): 385-95.
- 155- Hadj-Slimane F, Lécallier D, Michaud P. *ROC-ADO: Repérer, Orienter, Conseiller les adolescents consommateurs de substances psychoactives en médecine scolaire*. Paris : Institut de promotion et de la prévention secondaire en addictologie, 2009: 97p.
- 156- Picard V, Gerbaud L, Perthus I, Laquet A, Clément G, Reynaud M et al. *Alcool chez les adolescents I. Validation d'un test de dépistage de l'usage nocif de l'alcool*. *Rev Prat Med Générale* 2002 ; 16(573):699-703.
- 157- Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. *Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156(6):607-14.
- 158- Dhalla S, Zumbo BD, Poole G. *A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010*. *Curr Drug Abuse Rev* 2011; 4(1):57-64.
- 159- Karila L, Legleye S, Beck F, Corruble E, Falissard B, Reynaud M. *Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale : le CRAFFT-ADOSPA*. *Press Méd* 2007; 36(4): 582-90.
- 160- Erickson SJ, Gerstle M, Feldstein SW. *Brief Interventions and Motivational Interviewing With Children, Adolescents, and Their Parents in Pediatric Health Care Settings: A Review*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159(12):1173-80.

- 161- Werch CE, Bian H, Carlson JM, Moore MJ, Diclemente CC, Huang IC et al. *Brief integrative multiple behavior intervention effects and mediators for adolescents.* J Behav Med 2011; 34(1):3-12.
- 162- De Micheli D, Fisberg M, Formigoni ML. *Study on the effectiveness of brief intervention for alcohol and other drug use directed to adolescents in a primary health care unit.* Rev Assoc Med Bras 2004; 50(3):305-13.
- 163- Schaus JF, Sole ML, McCoy TP, Mullett N, O'Brien MC. *Alcohol Screening and Brief Intervention in a College Student Health Center: A Randomized Controlled Trial.* J Stud Alcohol Drugs Suppl 2009;(16):131-41.
- 164- Pbert L, Flint AJ, Fletcher KE, Young MH, Druker S, DiFranza JR. *Effect of a pediatric practice-based smoking prevention and cessation intervention for adolescents: a randomized, controlled trial.* Pediatrics 2008; 121(4):738-47.
- 165- McCambridge J, Strang J. *The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: Results from a multi-site cluster randomized trial.* Addiction 2004;99:39-52.
- 166- Pbert L, Osganian SK, Gorak D, Druker S, Reed G, O'Neill KM et al. *A school nurse-delivered adolescent smoking cessation intervention: a randomized controlled trial.* Prev Med 2006;43(4):312-20.
- 167- Winters KC, Leitten W. *Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting: Outcomes and mediating factors.* J Subst Abuse Treat 2012; 42(3):279-88.
- 168- Tevyaw TO, Monti PM. *Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: Foundations, applications and evaluations.* Addiction 2004;99(Suppl. 2):63-75.
- 169- American Academy of Pediatrics Committee on Substance Abuse. *Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment for pediatricians.* Pediatrics 2011; 128: 1330-40.
- 170- Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, Vaughn MG. *Interventions for Reducing Adolescent Alcohol Abuse: A Meta-analytic Review.* Arch Pediatr Adolesc Med 2010; 164(1):85-91.
- 171- Wachtel T, Staniford M. *The effectiveness of brief interventions in the clinical setting in reducing alcohol misuse and binge drinking in adolescents: A critical review of the literature.* Journal of Clinical Nursing 2010; 19(5-6): 605-20.

- 172- Colby S M, Monti P M, O'Leary-Tevyaw T, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ et al. *Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings*. Addictive Behaviors 2005; 30:865-74.
- 173- Bernstein E, Edwards E, Dorfman D, Heeren T, Bliss C, Bernstein J. *Screening and brief intervention to reduce marijuana use among youth and young adults in a pediatric emergency department*. Acad Emerg Med 2009;16(11):1174-85.
- 174- Cowley CB, Farley T, Beamis K. *"Well, maybe I'll try the pill for just a few months...": brief motivational and narrative-based interventions to encourage contraceptive use among adolescents at high risk for early childbearing*. Fam Syst Health 2002; 2(20): 183.
- 175- Dermen KH, Thomas SN. *Randomized controlled trial of brief interventions to reduce college students' drinking and risky sex*. Psychol Addict Behav 2011;25(4):583-94.
- 176- Walton MA, Chermack ST, Shope JT, Bingham CR, Zimmerman MA, Blow FC et al. *Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents: A randomized controlled trial*. J Am Medical Association 2010, 304(5),527-35.
- 177- Cunningham RM, Chermack ST, Zimmerman MA, Shope JT, Bingham CR, Blow F et al. *Brief motivational interviewing intervention for peer violence and alcohol use in teens: one-year follow-up*. Pediatrics 2012; 129(6): 1083-90.
- 178- Berg-Smith SM, Stevens VJ, Brown KM, Van Horn L, Gernhofer N, Peters E et al. *A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents*. Health Educ Res 1999;14(3): 399-410.
- 179- Hoek W, Marko M, Fogel J, Schuurmans J, Gladstone T, Bradford N et al. *Randomized controlled trial of primary care physician motivational interviewing vs brief advice to engage adolescents with an Internet-based depression prevention intervention: 6-month outcomes and predictors of improvement*. Transl Res 2011;158(6): 315-25.
- 180- Prochaska JO, Velicer WF. *The transtheoretical model of health behaviour change*. American Journal of Health Promotion 1997;12(1):38-48.
- 181- Hamilton G, O'Connell M, Cross D. *Adolescent smoking cessation: development of a school nurse intervention*. J Sch Nurs 2004; 20(3):169-74.

- 182- Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie. *Questionnaire sur les perceptions et attitudes en matière d'alcool*.4p. [En ligne] [Consulté le 16 janvier 2014] Disponible sur : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/rpib_perceptions_attitudes.pdf.
- 183- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. *Evaluation de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes sur la période 2007-2008: Principaux résultats*. Saint Denis: OFDT, 2009 : 78p.
- 184- American Academy of Pediatrics. *Mental Health screening and assesement tools for primary care*. Part of: *Addressing Mental Health Concerns in Primary Care: A Clinician's Toolkit* .Cdr Edition. jan 2012: 20p. [En ligne] [Consulté le 16 déc 2013.] Disponible sur http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Mental-Health/Documents/MH_ScreeningChart.pdf.
- 185- Thompson EA, Eggert LL. *Using the Suicide Risk Screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38(12):1506-14.
- 186- Scott MA, Wilcox HC, Schonfeld IS, Davies M, Hicks RC, Turner JB, et al. *School-based screening to identify at-risk students not already known to school professionals: the Columbia suicide screen*. Am J Public Health 2009;99(2): 334-9.
- 187- Shaffer D, Scott M, Wilcox H, Maslow C, Hicks R, Lucas CP et al. *The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004;43(1):71-9.
- 188- Reynolds WM. *A school-based procedure for the identification of adolescents at risk for suicidal behaviors*. Family Community Health 1991; 14: 64-75.
- 189- Reynolds WM, Mazza JJ. *Assessment of suicidal ideation in inner-city children and young adolescents: Reliability and validity of the Suicidal Ideation Questionnaire-JR*. School Psychology Review 1999; 28:17-30.
- 190- Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP, et al. *Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool*. Pediatrics 2001; 107:1133-37.
- 191- Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL et al. *Ask Suicide-Screening Questions(ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department*. Arch Pediatr Adolesc Med 2012; 166(12):1170-6.

- 192- Lucas CP, Zhang H, Fisher PW, Shaffer D, Regier DA, Narrow WE et al. *The DISC Predictive Scales (DPS): efficiently screening for diagnoses*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40(4):443-9.
- 193- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. *Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the HQ Primary Care Study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire*. JAMA 1999; 282:1737-44.
- 194- Richardson LP, McCauley E, Grossman DC, McCarty CA, Richards J, Russo JE et al. *Evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 Item for Detecting Major Depression Among Adolescents*. Pediatrics 2010; 126(6):1117-23.
- 195- Williams SB, O'Connor E, Eder M, Whitlock E. *Screening for child and adolescent depression in primary care settings: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force*. Evidence syntheses (69), Rockville (Maryland): Agency for Healthcare Research and Quality publication, avr 2009.
- 196- LeBlanc JC, Almudevar A, Brooks SJ, Kutcher S. *Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck depression inventory*. J Child Adolesc Psychopharmacol 2002; 12:113-2.

7- Annexes

Annexe I: HSBC, ESPAD, ESCAPAD

ESCAPAD: Depuis 2000, l'OFDT interroge régulièrement, avec le soutien de la Direction du Service National, les jeunes Français lors de la Journée Défense et citoyenneté. Le questionnaire ESCAPAD porte sur la santé de ces jeunes garçons et jeunes filles âgés de 17 ans, ainsi que sur leurs consommations de produits psycho-actifs. La septième enquête nationale ESCAPAD a été menée du 14 au 22 mars 2011 dans tous les centres métropolitains. Tous les appelés présents étaient sans exception concernés par l'enquête. Au total, 200 centres actifs durant la période ont été concernés (dont 185 en métropole) et 32 249 adolescents de nationalité française ont répondu à un questionnaire auto-administré anonyme à propos de leur santé et de leurs usages d'une dizaine de SPA, soit un taux de participation (questionnaires non vierges/jeunes présents) s'élevant à 99,3 %. L'enquête permet entre autre d'étudier certaines caractéristiques individuelles souvent associées aux comportements de consommations de SPA, comme par exemple la situation scolaire et le redoublement, la situation familiale ou encore la PCS des parents. Sa répétition depuis 2000 assure par ailleurs un suivi précis et fiable de l'évolution des comportements

ESPAD : L'Enquête ESPAD est réalisée tous les 4 ans depuis 1995, avec la collaboration d'équipes de recherche indépendantes dans plus de quarante pays européens. C'est le plus grand projet international de recherche au monde concernant l'utilisation de substances psychoactives chez les adolescents. L'objectif principal de cette étude est de recueillir des données comparables tous les 4 ans sur l'utilisation de substances chez les élèves de 15-16 ans dans le plus de pays européens possible, afin de suivre l'évolution de ces consommations. La France y participe, par le biais de l'OFDT, depuis 1999.

HSBC : L'enquête HBSC est une étude internationale réalisée tous les 4 ans depuis 1983 par des chercheurs de nombreux pays du Monde qui collaborent ensemble pour étudier les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire. Cette enquête collecte ainsi des données chez les jeunes de 11, 13 et 15 ans concernant leur santé, leur bien-être, leur environnement social et leurs comportements. En 1983, l'étude HBSC a été adoptée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe dans une étude collaborative. HBSC comprend désormais 43 pays à travers l'Europe et l'Amérique du Nord.

Annexe II: Tableau de comparaison des niveaux d'usage de substances psychoactives à 17 ans en 2011, selon le sexe, en Aquitaine et en France métropolitaine (%).

Source : ESCAPAD 2011, données régionales, OFDT (8)

(En gras les résultats en Aquitaine, sur fond grisé les résultats Aquitains au moins 3% supérieurs à la moyenne nationale)

Produit	Usage	Aquitaine,	France,	Aquitaine,	France,	Aquitaine,	France,
		Garçons	Garçons	Filles	Filles	Total	Total
Tabac	Expérimentation	69	66,9	72	69,9	70	68,4
	Quotidien	34	32,7	32	30,2	33	31,5
	Intensif (>10cig/j)	11	9,6	6	5,8	9	7,7
Alcool	Expérimentation	96	91,8	94	90,1	95	91
	Usage récent	87	79,7	79	74,2	83	77
	Usage régulier (>=10 fois/mois)	18	15,2	7	5,6	13	10,5
	Quotidien	2	1,6	<0,5	0,3	1	0,9
Ivresses	Expérimentation	72	63,5	64	53,3	68	58,5
	1 à 2 fois dans l'année	66	56,4	54	44,1	60	50,3
	Répétées (>=3 fois/an)	42	34	27	21,3	35	27,8
	Régulières (>=10 fois/an)	21	15	8	5,7	14	10,5
API (>=5 verres en 1 occasion)	>=1 fois par mois	67	59,7	55	46,5	61	53,2
	>=3 fois par mois	35	29	16	15,9	25	22,6
	>=10 fois par	5	4,2	1	1,2	3	2,7
Cannabis	Expérimentation	49	44	45	38,9	47	41,5
	Usage Recent	29	26,3	21	18,5	25	22,4
	Usage régulier (>=10 fois/mois)	12	9,5	3	3,4	8	6,5
	quotidien	6	4,5	1	1,4	4	3
Poppers	Expérimentation	8	9,2	7	8,8	8	9
Produits à inhaler	Expérimentation	7	5,4	7	5,6	7	5,5
Champignons	Expérimentation	7	4,8	2	2,1	5	3,5
Cocaïne	Expérimentation	4	3,3	3	2,7	4	3
Ecstasy	Expérimentation	2	2,2	1	1,6	2	1,9
Amphétamines	Expérimentation	3	2,9	2	2	3	2,4
LSD	Expérimentation	3	1,7	1	0,9	2	1,3
Héroïne	Expérimentation	1	1	1	0,8	1	0,9

Annexe III: Questionnaires de repérage du mal-être et du suicide chez les adolescents non validés en France (tableaux 1 et 2).

Tableau 1: Questionnaires anglophones de dépistage du suicide non validés en France (127; 128; 184).

Nom de l'outil	Population cible	Contenu	Validité	Niveau de preuve	Commentaires
Suicide risk Screen-Scale (SRS)	Adolescents décrocheurs scolaires	20 items Evaluation du comportement suicidaire, des symptômes de dépression et de l'usage de drogues.	Se= 87 à 100% Sp= 54 à 60%	II (Peña-2006 (128)) Et III (Thomson-1999 (185); Hallford-2006 (135))	> Long > Nombreux faux-positifs
Columbia Suicide Screen (CSS)	Adolescents scolarisés (11 -18ans) Auto-questionnaire	32 questions, (14 items) Evaluation de la dépression, l'anxiété, les idées et comportements suicidaires, l'usage de drogues et les problèmes de santé en général	Se= 69 à 75% Sp = 78 à 86%	II (Scott-2009 (186); Horowitz-2009 (127)) Et III (Shaffer-2004 (187))	> Long > Mauvaise sensibilité
Suicidal Idéation Questionnaire (SIQ) 2 versions	SIQ : Adolescents scolarisés de 14 à 18ans Reynolds-1991 (188)	30 items Evaluation des idées suicidaires (fréquence et intensité)	Se= 83 à 100% Sp= 49 à 70%	II (Peña-2006 (128))	Nombreux faux positifs
	SIQ-JR : Adolescents scolarisés de 11 à 14 ans. Reynolds-1999 (189).	15 items Evaluation des idées suicidaires (fréquence et intensité) Réponse binaire : Risque ou non.	Se= 80% Sp= 86%		Sensibilité moyenne
Risk of Suicide Questionnaire (RSQ) Horowitz- 2001 (190)	Adolescents hospitalisés aux Urgences pédiatriques Hétéro-questionnaire	4 questions Dépistage positif à partir de 1 seule réponse positive	Se= 98% Sp= 37%	II (Peña-2006 (128); Horowitz-2009 (127))	Trop de faux positifs
Suicide Probability Scale (SPS)	Adolescents de plus de 13 ans consultants en ambulatoire. Auto-questionnaire	36 items Evaluation : antécédents suicidaires, idéations suicidaire, désespoir, auto-dévalorisation, hostilité. Echelle à 4 points par item	Se= 48%	II (Peña-2006 (128))	Faible sensibilité

Questionnaire ASQ (Ask Suicide Screening Questions)	Adolescents hospitalisés aux urgences pédiatriques de 10-21 ans	4 questions (issues du SIQ) antécédents suicidaires, idées suicidaires, envie de mourir, sentiment qu'il serait mieux s'il était mort	Se= 97% Sp= 87,6%. VPP= 96,9 à 99,7%	III (Horowitz-2012 (191))	Test le plus performant mais non évalué en soins de premier recours
--	---	---	--	---------------------------	--

Tableau 2: Les questionnaires anglophones de dépistage de la dépression chez l'adolescent, non validés en France (127; 128; 184).

Nom de l'outil	Population cible	Contenu	Validité	Niveau de preuve	Commentaires
Diagnostic Interview Schedule for Children Predictive Scale (DISC-PS) (192).	9 à 17ans	auto-questionnaire 56 items (84 questions)	Sp= 49 à 95% Se= 67 à 100%.	II (Peña-2006 (128))	> dépistage et diagnostic des différentes pathologies psychiatriques > Long++ > performance variable > Difficile à mettre en place de manière systématique
Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	conçu initialement pour les adultes consultant en soins primaires (193)	auto-questionnaire de 9 items	Se= 89% Sp= 77,5%	II (Williams 2009, Richardson 2010 (126; 194))	> Recommandé par l'US Preventive Task Force pour le dépistage de la dépression chez l'adolescent (195). > uniquement valide en anglais.
Beck Depression Inventory (BDI) 2 versions	> 14 ans	21 items	Se= 84% Sp= 81%		Performance modérée
	> 13 ans soins primaires	7 items	Se= 91% Sp= 91%	II (Williams-2010 (126))	Recommandé par l'US Preventive Services Task Force pour le dépistage de la dépression de l'adolescent en soins primaires (195; 126)
Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS)	12 à 17ans	3 formes différentes, de 6, 11, ou 16 items	Se= 92% Sp= 71%	III (Leblanc-2002 (196))	outil diagnostique plus que de dépistage.

Annexe IV : Questionnaire de dépistage du mal-être et du risque suicidaire chez les adolescents : Le TSTS- CAFARD (147)

TSTS

- **Traumatologie** « As-tu déjà eu des blessures ou un accident, même très anodin, cette année? »
- **Sommeil** « As-tu des difficultés à t'endormir le soir? »
- **Tabac** « As-tu déjà fumé, même si tu as arrêté? »
- **Stress** « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux? »

CAFARD

En cas de réponse positive à l'un des items TSTS :

- **Sommeil** → **Cauchemars** « Fais-tu souvent des cauchemars ? »
- **Traumatologie** → **Agression** « As-tu été victime d'une agression physique? »
- **Tabac** → **Fumeur quotidien**: « Fumes-tu tous les jours du tabac? »
- **Stress scolaire** → **Absentéisme** « Es-tu souvent absent ou en retard à l'école? »
- **Stress familial** → **Ressenti familial Désagréable**: « Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable? »

A partir de 2 réponses positives, que ce soit au TSTS et/ou au CAFARD, l'intervenant doit s'enquérir de l'existence ou non d'idées suicidaires chez l'adolescent.

Annexe V: Questionnaire ADOSPA (159)

Les questions suivantes sont en rapport avec ta consommation d'alcool et de drogues.

Question	Oui	Non
1 - Es-tu déjà monté(e) dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (toi y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e) ?		
2 - Utilises-tu de l'alcool ou d'autres drogues pour te détendre, te sentir mieux ou tenir le coup ?		
3 - As-tu déjà oublié ce que tu avais fait sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues ?		
4 - Consommes-tu de l'alcool et d'autres drogues quand tu es seul(e) ?		
5 - As-tu déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?		
6 - Tes amis ou ta famille t'ont-ils déjà dit que tu ferais bien de réduire ta consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?		

Deux réponses affirmatives indiquent un usage nocif de substances psychoactives.

Annexe VI: QAA « avant » et « après »

Enquête sur les perceptions et attitudes des professionnels de santé participant aux formations « RPIB Jeunes »

Merci beaucoup de bien vouloir répondre le plus sincèrement possible à ce questionnaire qui sera traité de manière anonyme et strictement confidentielle. Le même questionnaire vous sera proposé 3 mois après la formation.

Profession.....

Avez-vous déjà participé à des formations (hormis cette formation):

- sur le repérage de la souffrance psychique ou des addictions des jeunes ? Oui Non
- sur les modalités des interventions brèves ? Oui Non

1. A quelle occasion recherchez-vous les consommations (alcool, tabac, drogues illicites) (une seule réponse, la plus proche de votre pratique habituelle) ?

- 1 A la demande De la personne 2 A la demande d'un tiers 3 Au moins une fois par an 4 Dans les situations de risque 5 Jamais

2. Quelles situations constituent pour vous un obstacle pour aborder les consommations ?

	Obstacle important	Moyen	Faible	Aucun obstacle
Les parents ou un tiers sont souvent présents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ces questions prennent beaucoup de temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne craint que nous informions les parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne ne souhaite pas parler de sa consommation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne minimise systématiquement les quantités consommées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'éprouve personnellement une gêne à aborder ces questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une fois les consommations connues, on ne sait pas quoi faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C'est difficile si la personne n'est pas venue pour cela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pourquoi s'investir puisque c'est aussi souvent voué à l'échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des difficultés à aborder les jeunes en général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Aujourd'hui, avez-vous le sentiment de savoir comment aider les jeunes ayant des comportements à risque en rapport avec une consommation de substances psychoactives ?

- 1 Oui, le plus souvent 2 Oui, mais pas toujours 3 Habituellement non 4 Pas du tout

1. Aujourd'hui, avez-vous le sentiment de savoir comment orienter les jeunes ayant des comportements à risque en rapport avec une consommation de substances psychoactives ?

- 1 Oui, le plus souvent 2 Oui, mais pas toujours 3 Habituellement non 4 Pas du tout

Difficultés rencontrées :

.....

.....

.....

Annexe VII : Questionnaire de satisfaction

Evaluation de la satisfaction de la formation

« RPIB Jeunes »

1- Que pensez-vous de l'organisation matérielle et logistique de cette soirée ?

Excellente

Bonne

Moyenne

A revoir

2- Êtes-vous satisfait des intervenants ?

Tout à fait

Plus ou moins

Pas du tout

Sans opinion

3- Cette formation a t'elle amélioré vos connaissances sur le sujet ?

Beaucoup

Un peu

Pas du tout

Sans opinion

4- Cette formation va t'elle modifier votre pratique ?

Oui

Peut être

Non

Sans opinion

5- Cette formation était-elle adaptée à votre attente ?

Oui

Un peu

Non

Sans opinion

6- Quelles sont les modifications que vous pensez nécessaires ?

Annexe VIII: QAA « avant »: Réponses à la question ouverte « difficultés rencontrées » selon le lieu de formation et la profession.

Lieu de Formation	Profession	Réponse à la question ouverte « difficultés rencontrées »	
Blaye	MS	Temps	
		Eloignement et accès dans le temps scolaire	
		Autre = lors des visites médicales systématiques	
		Moyen de transport	
Blaye	IS	Lieu d'accueil quand nous ne connaissons pas les intervenants	
		Temps, tâches multiples, donc travail souvent superficiel et inachevé	
Arcachon	IS	Eloignement des structures	
		Déni et refus d'abord les problèmes	
Libourne	IS	Je ne connais pas vraiment les signes pour repérer une consommation de substances psychoactives	
		Difficulté de diriger l'élève vers un autre relais que le médecin traitant	
		Manque de connaissances sur les problèmes d'addiction et de mal être	
		Autorisation de s'y rendre et moyens de locomotion	
		Toujours difficile de traiter le sujet	
		Je ne sais pas vers qui ou quoi les orienter	
		Difficultés pour les jeunes d'aller dans un centre de soins sans que les parents le sachent (milieu rural)	
	Manque de support ou outils connus		
	Libourne	MS	Exploré systématiquement mais difficulté du suivi
	Libourne	AS	Manque de moyens et de services sur le secteur. Les services existants sont saturés
Manque de connaissance des réseaux sur mon secteur d'intervention, avec difficultés de déplacements des jeunes			
Langon	IS	La banalisation. Sensibiliser les jeunes	
		Eloignement géographique des accueils	
		Manque de connaissances sur le sujet, la façon de l'aborder avec les jeunes et les aides à apporter, ou les orienter	
		Mon lieu de travail est en pleine campagne, loin des communes où il y a des structures, donc difficulté pour les élèves de s'y rendre	
		Eloignement des structures	
		Eloignement des structures	
		Le manque de structures de proximité	
		Difficultés à travailler en réseau du fait du manque de professionnels	
		Pas de structures adaptées en proximité, moyens de transport	
		Géographie. Ressources locales	
	Manque de motivation des jeunes		
	Langon	MS	Pas de demande des jeunes
Langon	MS	Connaître la totalité des partenaires par manque de visibilité ou de prise de contact	
Talence	IS	Non adhésion de la personne concernée	

		Manque de temps; manque de disponibilité des structures d'accueil
		Déni des jeunes et des parents
		Problème de communication, pas de relais, les structures sont souvent surbookées, pas de retour
		Nécessité absolue d'impliquer la famille
	AS	Accès au structures sur Bordeaux, modalités d'accès pas toujours connues, non adhésion des jeunes
		Déni de la personne
Bègles	IS	Le corps enseignant et l'encadrement peuvent parfois s'immiscer dans la PEC de l'enfant
		Face à une problématique d'addiction, je fais toujours le lien (évidemment si IFace à une résistance. Face un élève qui n'avoue pas le problème ou qui ne reconnaît pas les risques.
		Le manque de motivation du jeune
		Les CPE et proviseur ne voient que le problème de l'absence scolaire et voient les IDE comme des magiciennes qui vont instantanément tout changer.
		Lorsque l'élève refuse les orientations
		Multiplier les entretiens avec les jeunes car ils ne reviennent pas sauf convocation
		Pas assez formée.
Le Taillan	IS	Sentiment d'isolement. Manque de maillage, de travail pluridisciplinaire. A ce titre il serait intéressant de former des profs à ne pas focaliser sur un souci unique (conso) mais surtout à encourager les jeunes, les accompagner.
		Isolement dans le collège. Eloignement Cannabis pour des élèves qui ne sont pas autorisés à aller à Bordeaux seuls.
		La méconnaissance des produits
		Maintenir le contact avec l'ado, et la confiance sur le moyen et long terme. Besoin de cette même formation auprès des chefs d'établissement et des CPE +++
		Les limites de la compétence professionnelle
		Retour des structures d'accueil des ados vers lesquels ils sont orientés. Positionnement par rapport aux parents.
	MS	Manque de temps pour assurer le suivi
	Trop de missions, trop grands secteurs	
Bordeaux	IS	Les jeunes ados en collège peuvent difficilement faire les démarches seuls ou difficile de prévenir les parents
		Faire adhérer le patient à la prise en charge
		Banalisation de la conso de cannabis et difficulté à faire comprendre aux ados qu'ils sont addictes et qu'il y aura des répercussions.
		Délai pour la mise en place d'une PEC. Souvent aucun retour. L'élève change d'établissement
		Délais de RV trop longs. Peu de lieux ressources
		Disponibilité personnelle
		Adhésion de la famille souvent absente
	PEC difficiles dans le cadre d'un suivi. Structures difficilement accessibles	
MS	Non adhésion des jeunes qui minimisent la dépendance. Difficulté à l'amener dans la démarche de soins	
AS	Trouver le temps d'aborder cette problématique avec les partenaires. Difficulté du retour des ressources extérieures.	
Pauillac	IS	Malgré le repérage, l'orientation, la consommation de certains persiste

		Moyens de locomotion Généralement je sais où les orienter mais soient ils ne peuvent pas y aller (distance) soit il n'y a plus de place (délais) et les structures publiques sont surchargées
	AS	Manque de temps pour approfondir les situations
Cenon	IS	Les jeunes ne viennent pas forcément voir l'IS. Ils sont souvent absents ou ne reconnaissent pas la consommation
		Difficultés des jeunes à se rendre seuls, sans les parents, dans les associations
		Après avoir orienté les élèves comment assurer leur suivi dans l'établissement
	MS	Proximité des structures de soins ou d'accompagnement
AS	Nouvelle professionnelle sur l'académie. Je n'ai pas encore bien repéré les ressources	
	La difficulté principale est lorsque le jeune minimise sa consommation et qu'il se dit "dans la maîtrise", ou l'aspect festif.	
Carbon Blanc	IS	Le jeune a du mal à reconnaître qu'il consomme
		Les jeunes, en retour, disent qu'ils ont été consultés et "bof"...ou bien ne veulent pas aller consulter. Réticences+++ de leur part.
		Que faire une fois qu'ils ont reconnus qu'ils consomment et ensuite, dans le suivi, pas de nouvelles.
	MS	Manques de structures en zone rurale
		Attitudes souvent intrusives des chefs d'établissement. Impression d'être utilisés pour "le faire parler"; ce qui les amène à d'amères déceptions.
	AS	Le jeune ne considère pas cela comme un problème mais pense que c'est un problème pour l'adulte donc il ne l'aborde pas (rarement) de lui-même.
L'orientation peut être difficile selon le type de consommation. Quelle est la plus adaptée?		
Pessac	IS	Ne connais pas encore tous les organismes existants pour bien orienter les jeunes. Encore novice à l'éducation nationale.
		Manque d'information sur les solutions ou les orientations que l'on peut donner
		L'attitude du jeune lui-même
		Le plus difficile c'est qu'ils aillent vers les structures
		Je n'ai pas encore été confronté à cette situation
	MS	Trouver rapidement le bon, interlocuteur. Transport. Autonomie/soins
		PEC le plus souvent dans le privé. Le retour des jeunes concernant Cann'abus est souvent décevant, le discours reçu étant souvent trop banalisé
		Le refus des jeunes, leur non maintien
	AS	La résistance du jeune à aller vers les structures conseillées. L'accompagner quand le mineur pose problème.
		Pluralité des difficultés

**Annexe IX: QAA « après »: Réponses à la question ouverte
« difficultés rencontrées » selon le lieu de formation et la
profession.**

Lieu	Profession	Réponse à la question ouverte « difficultés rencontrées »
Blaye	IS	Frein des jeunes à s'orienter vers les relais.
		Eloignement des ressources; difficultés pour s'y rendre
		Comment aider lorsque le jeune ne veut pas voir le risque
		Les parents doivent prendre part à la discussion
	MS	Problème de disponibilité
Arcachon	IS	Merci
		Le stage ayant eu lieu en Mai, pas assez de recul. Néanmoins le test CAFARD me semble facile d'utilisation
	MS	Je demande aux parents de sortir
Libourne	IS	On attend les questionnaires promis
Langon	IS	La possibilité d'une PEC sans l'accord parental
		Distance entre collège et centres de soins
Talence	IS	La formation a été une aide rare et précieuse
	AS	Lieu de PEC et disponibilités pour des PEC rapides et précoces
Bègles	IS	Problèmes de confidentialité difficile à respecter de part la configuration des locaux
		Les domaines de la prévention et de l'orientation sont les deux premiers objectifs. Reste la part de la frustration et de l'insatisfaction dans l'atteinte de ces objectifs.
		Que les jeunes orientés vers les structures spécialisées s'y rendent réellement. Ils n'ont pas la volonté d'arrêter, pour beaucoup ne souhaitent pas arrêter, ce n'est pas d'actualité car ils y trouvent un plaisir.
		Difficultés avec l'administration et les enseignants
	AS	Déni des parents
Le Taillan	IS	Avoir connaissance d'une consommation ou d'un environnement pouvant amener à la consommation de substances psychoactives
		Comment lever les résistances pour susciter l'adhésion à l'aide extérieure, notamment en se déplaçant sur Bordeaux? Comment aider les parents qui s'inscrivent dans une forme de déni ou de banalisation?
		Le travail avec l'ensemble de l'équipe éducative (surtout les professeurs) souvent défaillant dans le repérage précoce des élèves en difficultés
		Instaurer un climat de confiance afin que le jeune parle, ceci demande du temps.
		Pas de réelle difficulté: contact cannabis, anpaa, service addicto perrens
		Eloignement des structures d'accueil. Tel. Cannabis; pas de possibilité d'accompagner les élèves
		L'équipe éducative
		Le suivi des entretiens, méconnaissance du réseau d'aide au niveau local. Culture de consommation familiale "stupéfiants" parfois; alcool souvent.
		Eloignement des ressources
		MS
		Disponibilité insuffisante pour établir un lien fort de confiance avec l'élève.

Bordeaux	IS	Manque de motivations des jeunes à consulter. Période de toute puissance de l'adolescence. Merci.
		Jeunes peu indépendants des parents
		Des jeunes dans le déni des situations; banalisation du produit, voir un rituel de passage dans un autre statut?
		Consommation des parents devant les enfants (alcool; cannabis) d'où la difficulté de prise en charge des adolescents car les familles ne se sentent pas concernées.
		Avec les mineurs notamment, si ils s'opposent à en parler aux parents/thérapie.
	A part le mercredi après-midi, les horaires d'accueil de canna'abus ne correspondent pas à un public scolaire! Un espace santé-jeunes fermé quand les jeunes sont enfin disponibles, où est l'intérêt!	
AS	Difficultés pour une réelle adhésion et mobilisation des jeunes pour une démarche de soins.	
Pauillac	IS	Je ne maîtrise les outils de repérage qui ont été présentés trop vite. Comme on ne les manipule pas je ne sais pas toujours comment m'en servir.
		Pas de grandes difficultés avec les collégiens. C'est une formation très intéressante. Merci encore.
		Malgré l'aide apportée, pour certains, les consommations perdurent....
		Encore merci!
	AS	Problème de mobilité des jeunes en milieu rural pour accéder aux relais existants
MS	Difficultés plus en lien avec les impératifs organisationnels	
Cenon	IS	Structures extérieures pas toujours accessibles par le jeune (horaires, éloignement, pas de RV libre....)
		Manque de connaissances sur les différents partenaires prenant en charge les jeunes
		Je n'ai pas toujours le retour de ce que j'ai entrepris (changement d'établissement....) donc difficulté à évaluer la pertinence de mon action
		Manque de temps pour faire le point avec les élèves de leur consommation et de les inciter à une consultation personnalisée pour un accompagnement hors établissement
		Merci encore pour cette formation qui m'a beaucoup apporté +++
	AS	Absence de retour des spécialistes
MS	Très bien	
Carbon Blanc	IS	Je n'ai pas de difficultés pour leur proposer des orientations. Ceci dit ils ne s'en saisissent pas ou très peu
		Pas de retour des structures
		Développer une culture sur les établissements
AS	Culture au sein des établissements	
Pessac	IS	grosse banalisation des consommations. Adultes encadrant consommateurs eux-aussi
	MS	Le suivi après une 1ere rencontre à caan'abus ou au CHS. Le choix est souvent laissé au jeune et souvent il refuse la prise en charge

Annexe X: Liens entre lieu de formation et les réponses aux QAA

➤ Avant Formation

Tableau 1 : Importance de l'obstacle « la personne ne souhaite pas parler de sa consommation », selon le lieu de formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013. (En gras les chiffres correspondant à une majorité de participants)

	Obstacle important		Obstacle moyen		Obstacle faible		Aucun obstacle		Total
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
Arcachon	3	30.0	5	50.0	2	20.0	0	0.0	10
Bègles	5	38.5	4	30.8	4	30.8	0	0.0	13
Blaye	2	15.4	5	38.5	4	30.8	2	15.4	13
Bordeaux	7	46.7	3	20.0	4	26.7	1	6.7	15
Carbon Blanc	6	50.0	4	33.3	2	16.7	0	0.0	12
Cenon	6	28.6	8	38.1	7	33.3	0	0.0	21
Langon	15	62.5	8	33.3	0	0.0	1	4.2	24
Le Taillan	5	31.3	5	31.3	5	31.3	1	6.3	16
Libourne	17	70.8	6	25.0	0	0.0	1	4.2	24
Pauillac	4	44.4	1	11.1	4	44.4	0	0.0	9
Pessac	7	35.0	10	50.0	2	10.0	1	5.0	20
Talence	12	63.2	5	26.3	2	10.5	0	0.0	19

Tableau 2 : Importance de l'obstacle « la personne minimise systématiquement la quantité consommée » selon le lieu de formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013. (En gras les chiffres correspondant à une majorité de participants)

	Obstacle important		Obstacle moyen		Obstacle faible		Aucun obstacle		Total
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
Arcachon	4	40.0	4	40.0	2	20.0	0	0.0	10
Bègles	2	15.4	3	23.1	7	53.9	1	7.7	13
Blaye	1	7.7	6	46.2	5	38.5	1	7.7	13
Bordeaux	7	46.7	4	26.7	3	20.0	1	6.7	15
Carbon Blanc	4	33.3	6	50.0	2	16.7	0	0.0	12
Cenon	5	23.8	10	47.6	4	19.1	2	9.5	21

Langon	16	66.7	4	16.7	3	12.5	1	4.2	24
Le Taillan	2	12.5	9	56.3	4	25.0	1	6.3	16
Libourne	11	45.8	11	45.8	2	8.3	0	0.0	24
Pauillac	4	44.4	2	22.2	2	22.2	1	11.1	9
Pessac	9	45.0	5	25.0	5	25.0	1	5.0	20
Talence	13	68.4	5	26.3	0	0.0	1	5.3	19

Tableau 3: Importance de l'obstacle « une fois les consommations connues, on ne sait pas quoi faire » selon le lieu de formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013. (En gras les chiffres correspondant à une majorité de participants)

	Obstacle important		Obstacle moyen		Obstacle faible		Aucun obstacle		Total
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	
Arcachon	1	10.0	2	20.0	3	30.0	4	40.0	10
Bègles	2	15.4	1	7.7	5	38.5	5	38.5	13
Blaye	1	7.7	5	38.5	1	7.7	6	46.2	13
Bordeaux	2	13.3	4	26.7	6	40.0	3	20.0	15
Carbon Blanc	2	16.7	4	33.3	4	33.3	2	16.7	12
Cenon	2	9.5	5	23.8	8	38.1	6	28.6	21
Langon	8	33.3	8	33.3	5	20.8	3	12.5	24
Le Taillan	1	6.3	5	31.3	7	43.8	3	18.8	16
Libourne	7	29.2	9	37.5	6	25.0	2	8.3	24
Pauillac	0	0.0	5	55.6	1	11.1	3	33.3	9
Pessac	1	5.0	9	45.0	3	15.0	7	35.0	20
Talence	8	42.1	9	47.4	2	10.5	0	0.0	19

Tableau 4: Sentiment des PMSS à savoir aider les jeunes avant formation selon le lieu de formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013. (En gras les chiffres correspondant à au moins les trois quart des participants)

	Oui, le plus souvent		Oui, mais pas toujours		Habituellement non		Pas du tout		Total
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	
Arcachon	0	0,0	10	100,0	0	0,0	0	0,0	10
Bègles	5	38,5	7	53,9	0	0,0	1	7,7	13
Blaye	4	30,8	7	53,9	2	15,4	0	0,0	13
Bordeaux	1	6,7	11	73,3	3	20,0	0	0,0	15
Carbon Blanc	1	8,3	6	50,0	3	25,0	2	16,7	12
Cenon	1	4,8	16	76,2	4	19,1	0	0,0	21

Langon	2	8,3	12	50,0	6	25,0	4	16,7	24
Le Taillan	4	25,0	11	68,8	1	6,3	0	0,0	16
Libourne	0	0,0	15	62,5	6	25,0	3	12,5	24
Pauillac	0	0,0	7	77,8	2	22,2	0	0,0	9
Pessac	0	0,0	14	70,0	4	20,0	2	10,0	20
Talence	0	0,0	13	68,4	5	26,3	1	5,3	19

Tableau 5: Sentiment des PMSS à savoir orienter les jeunes avant formation selon le lieu de formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013. (En gras les chiffres correspondant à au moins les trois quart des participants)

	Oui, le plus souvent		Oui, mais pas toujours		Habituellement non		Pas du tout		Eff.
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	
Arcachon	6	60,0	4	40,0	0	0,0	0	0,00	10
Bègles	9	69,2	3	23,1	0	0,0	1	7,7	13
Blaye	6	46,2	7	53,9	0	0,00	0	0,0	13
Bordeaux	3	20,0	10	66,7	2	13,3	0	0,0	15
Carbon Blanc	2	16,7	9	75,0	1	8,3	0	0,0	12
Cenon	2	9,5	16	76,2	3	14,3	0	0,0	21
Langon	3	12,5	15	62,5	3	12,5	3	12,5	24
Le Taillan	7	43,8	9	56,3	0	0,0	0	0,0	16
Libourne	1	4,2	15	62,5	6	25,0	2	8,3	24
Pauillac	1	11,1	6	66,7	2	22,2	0	0,0	9
Pessac	4	20,0	14	70,0	1	5,0	1	5,0	20
Talence	1	5,3	14	73,6	4	21,1	0	0,0	19

➤ **Après formation**

Tableau 6: Sentiment de savoir orienter les jeunes après formation. Impact des formations RPIB jeunes en santé scolaire. Gironde 2013. (En gras les chiffres correspondant à au moins les trois quart des participants)

	Oui, le plus souvent		Oui, mais pas toujours		Habituellement non		Jamais	Total
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff/ %	Eff.
Arcachon	8	80,0	2	20,0	0	0,0	0,0	10
Bègles	9	81,8	2	18,2	0	0,0	0,0	11
Blaye	5	55,6	4	44,4	0	0,0	0,0	9
Bordeaux	6	50,0	6	50,0	0	0,0	0,0	12
Carb Blanc	5	62,5	3	37,5	0	0,0	0,0	8
Cenon	10	66,7	3	20,0	2	13,3	0,0	15
Langon	12	66,7	0	0,0	6	33,3	0,0	18
Le Taillan	8	50,0	8	50,0	0	0,0	0,0	16
Libourne	21	91,3	2	8,7	0	0,0	0,0	23
Pauillac	6	75,0	2	25,0	0	0,0	0,0	8
Pessac	12	80,0	3	20,0	0	0,0	0,0	15
Talence	15	71,4	4	19,1	2	9,5	0,0	21

Annexe XI: Questionnaire de satisfaction: Réponses à la question ouverte finale « Améliorations à apporter à la formation » selon le lieu de formation.

Lieu de formation (date)	Réponse à la question ouverte « Améliorations à apporter à la formation »
Blaye (12/04/2012)	Travailler à partir de jeux de rôle et sur techniques d'entretien
	Temps supplémentaire pour jeux de rôle
	Mise en situation sous forme de jeux de rôle
	Travailler autour de jeux de rôle et de la technique d'entretien
	Cette formation ne va pas modifier ma pratique mais l'améliorer
	Compléter par jeux de rôle. Formation inter-catégorielles pour réflexion pluridisciplinaire
Arcachon (10/05/2012)	Je trouve que la lecture du support à voix haute n'est pas utile. J'aurais souhaité plus de concret.
	Formation avec équipes des établissements scolaires permettrait une mise en place plus aisée des procédures
	Améliore mes entretiens d'écoute et d'accueil avec les élèves. Développer l'intervention brève, la tester. Merci.
	Avoir un document sur les produits présentés dans la valise
	Prévoir un repas de midi (éducation nationale)
Libourne (25/10/2012)	Prévoir en fin d'année une rencontre pour débriefer sur les difficultés et améliorations des pratiques
	Adaptée; utile; claire; universelle; nécessaire; éclairée (AUCUNE)
	Conforte la pratique. Réaliser des jeux de rôle, des simulations d'entretien par exemple durant la deuxième partie de la formation
	Excellente formation, riche, vivante et efficace
	Aucune; les infos et les échanges étaient très intéressants
	Très bonne intervention; merci
	Formation très intéressante; malheureusement pas suffisamment courante. Dans l'évolution de notre société et de l'école actuelle tous ces problèmes sont évidents. Savoir y répondre est important en tant qu'IS.
	Excellent formation grâce aux deux intervenants
	A refaire! Merci
	Excellente journée. Duo perspicace et efficace. Formation très bien organisée. Très enrichissant. Merci.
	Bonne formation
	Axer un peu plus d'infos sur la pratique des assistantes sociales. Intervention très intéressante et aidante
	Formation très complète et intervenants de grande qualité! Merci pour cette journée!
	Interventions de qualité
Plus d'interventions des partenaires	
Langon (15/11/2012)	Travail d'échanges en petits groupes. Jeux de rôles
	Peut-être plus actif pour les participants; travail en groupe.

	Comme vous l'avez soulevé: approfondir sur les mises en situation et la prévention; santé publique
	Des jeux de rôles! Sur une deuxième journée pour la mise en pratique
	Moins de théorie; plus de mises en situations: jeux de rôles
	Pouvoir débattre davantage sur des situations concrètes
	Merci
	Points forts: interlocuteurs pour W en réseau; meilleures connaissances sur le cannabis.
Talence (13/12/2012)	Une autre intervention dans un an pour un rappel et pour apporter notre pratique. Merci.
	Plus d'informations sur les nouvelles substances psychoactives y compris que l'on peut commander sur internet: effets; dépendance...
	Arrivée avec réserve je repars satisfaite. Peut être vers une amélioration de la PEC. Journée de qualité. Merci pour l'écoute, la prise en compte; l'information et les conseils.
	Proposer cette formation aux établissements scolaires
	Pour ma part la première partie était un peu trop développée et n'a pas apporté de connaissances particulières, si ce n'est de pouvoir parler tous de la même chose. Deuxième partie très intéressante et j'aurais souhaité que l'on y passa plus de temps. Sinon, je vous remercie pour la remise en question que m'a occasionnée cette formation.
	Proposer cette formation également aux professeurs, CPE....
	Journée très intéressante; intervenants remarquables et beaucoup d'échanges interactifs. Deux journées seraient mieux si possibles. Pas de Lycée accueil à Victor Louis.
	Une demi-journée de plus. Pause avec café. Un groupe moins important
Pauillac (14/02/2013)	Argumenter avec des exemples
	Donner des contacts médecins addictologues par exemple, ou psys dispos dans le coin.
	Avoir des noms de contacts pouvant intervenir ou nous renseigner (personnes....associations....)
Bègles (21/02/2013)	Aucune, le discours apporté est rassurant par rapport à notre pratique personnelle
	Organiser en complément des visites des lieux: canabus.....
	Moyens d'orienter
	Détailler davantage mon questionnement et leur proposer un travail personnel plus approfondi dans le but de les rendre acteurs de leur santé
Le Taillan (28/02/2013)	Dispenser ce type de formation aux chefs d'établissements et aux enseignants, mairies, associations, partenaires (police...). Formation pratique d'ici un an peut être.
	Approfondir. Refaire séances avec suivis de cas. Penser à des interventions pluridisciplinaires réunissant personnels de santé, social, CDP, enseignants, direction, vie scolaire et même ATOS qui sont en relation avec les élèves et participent au climat de l'établissement
	Pas de café!!!! Interdisciplinaire (BPDJ, profs, CPE, proviseurs, AED...
	Présence des personnels enseignants et de l'administration pour pouvoir échanger sur la vision de la consommation
	Pas de café!!!
	Je n'avais pas d'attente particulière. Avoir des secteurs plus petits pour consacrer

	plus de temps à la prévention et au dépistage
	Formation à proposer aux enseignants et personnels de direction. Se mettre en situation d'entretien pour ne pas rester sur la théorie pure.
	Pas de café! Formations à proposer aux chefs d'établissement et aux CPE +++
	Faire cette formation aux profs, aux CPE, aux proviseurs
	Excellente formation
Bordeaux (21/03/2013)	Domage pour la non présence des membres du réseau. Sinon, très bien....
	Manque de temps et de moyens pour les IS
	Evoquer un peu plus les expériences de terrain
	Mises en situation; situations concrètes.
	Participation des autres intervenants souhaitable
	ppt très sombre difficile à lire. Commencer par un tour de table ou équivalent pour savoir quelles sont les attentes des participants
Cenon (11/04/2013)	Entretien motivationnel; jeux de rôles
	Aucune
	Formation plus longue, une journée est trop courte, formation plus complète.
	Intervention sur le mal être des jeunes est déjà connue de la plupart des professionnels présents. Plus de temps sur l'épidémiologie des consos
	La clinique du Mal être est déjà bien connue du public. Propos plus pour les MS que pour les IS. Peu compatible avec des élèves de collège, du moins dans mon secteur.
	Groupe plus restreint
	Contenu très intéressant mais on reste sur sa fin pour les suites. Comment faire face à des ados dans le déni; face à des familles déficientes; comment faire prendre conscience? Merci aux intervenants.
Accueil, suivi et orientation des élèves	
Carbon Blanc (25/04/2013)	Aucune
	Maxi de connaissances en une journée, conseils, retours d'expériences...pas de modifs...Merci
	Pouvoir faire des mises en situation, des ateliers
Pessac (16/05/2013)	Pourquoi pas un petit atelier pratique (jeu de rôle) pour apprivoiser les questions de repérage et les techniques d'intervention brève
	Questionnaire compliqué à mettre en place dans un échange d'accompagnement social
	Faire un rallye pour connaître les lieux ressources et les personnels
	RAS
	Prévoir une mise en situation, un jeu de rôles
	Plus de participation, d'interactivité; ppt soporifique; partir de nos pratiques actuelles
	Privilégier l'interactivité
	Plus de cas pratiques à décortiquer ensemble par rapport aux différentes thématiques, des jeux de rôles
	Aucune

Abstract

Title: "Early Screening and Brief Intervention for teenagers" training for medico-socials school professionals: Impact on their perceptions and attitudes. A "before/after" prospective longitudinal study.

Object: The aim of this study is to evaluate the impact of the "RBIP youth" training (Early Screening and Brief Intervention) on medico-socials school professionals (PMSS) perceptions and attitudes, regarding the identification and management of psychoactive substances (SPA) risky consumptions by teenager students.

Method: The French National Education Department invited the entire Gironde regional PMSS to participate to this training, organized between April 2012 and May 2013. Two identical anonymous questionnaires were given to each participant, one before the training and the other 3 months after, to measure their opinions evolution about the difficulties they found in their experiences. The "before" and "after" samples were considered as independent.

Results: 99.5% of the PMSS participants answered to the "before" questionnaire and 84.7% to the "after" version. Three months after the training, all the "important" perceived obstacles, to approach the use of SPA, have halved ($p < 0.05$). Whereas the PMSS perceptions, about their knowledge in helping and guiding young people who have risky consumption, increased widely (respectively 44.6% vs 9.2% before and 70.5% vs 23% before, $p = 0.002$).

Conclusion: The "RPIB youth" training improves positively and significantly the PMSS opinions about identification and management at school of SPA risky consumption by teenagers. It would be interesting to complement these results with new studies, exploring this training impact on PMSS practices, and also on young people behaviors.

Formation des professionnels médico-sociaux scolaires de la Gironde au « RPIB jeunes » : impact sur leurs perceptions et attitudes.

Étude longitudinale prospective de type « avant/après ».

RESUME de la THESE

Objectif : Notre étude a pour but d'évaluer l'impact de la formation « RPIB jeunes » (Repérage précoce- Interventions Brèves) sur les perceptions et attitudes déclarées des professionnels médico-sociaux scolaires (PMSS) quant au repérage et à la prise en charge des jeunes scolarisés ayant des consommations de substances psychoactives (SPA) à risque.

Méthode : Tous les PMSS de la Gironde ont été convoqués à cette formation par l'éducation nationale entre avril 2012 et mai 2013. Deux questionnaires anonymes identiques étaient alors administrés à chaque participant avant puis 3 mois après la formation, afin de mesurer les changements d'opinions des PMSS sur les obstacles rencontrés dans leurs pratiques. Les échantillons « avant » et « après » ont été considérés comme indépendants.

Résultats : 99,5% des PMSS inclus ont répondu au questionnaire « avant » et 84,7% « après ». Après formation, tous les obstacles perçus comme « important » pour aborder l'usage de SPA ont diminués de moitié ($p < 0,05$) alors que les sentiments de savoir aider et orienter les jeunes ayant des consommations à risque « le plus souvent » ont nettement augmenté (respectivement : 44,6% vs 9,2% avant, et 70,5% vs 23% avant; $p = 0,002$).

Conclusion : La formation « RPIB jeunes » améliore significativement les opinions des PMSS quant à leurs capacités de repérage et de prise en charge des jeunes scolarisés ayant des consommations de SPA. D'autres études explorant l'impact du RPIB jeunes sur les pratiques des PMSS et sur les jeunes eux-mêmes seraient intéressantes pour compléter nos résultats.

Discipline : MEDECINE GENERALE

Mots clés : RPIB, adolescents, addictions, risque suicidaire, mal-être, milieu scolaire, formation, professionnels de santé

UFR de sciences médicales, Département de Médecine Générale, Université de Bordeaux Segalen : 146, rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX Cedex.