



Organisation
des Nations Unies
pour l'éducation,
la science et la culture



Objectifs de
développement
durable

POLITIQUES RATIONNELLES ET BONNES PRATIQUES
EN MATIÈRE D'ÉDUCATION À LA SANTÉ

BROCHURE

10

Réponses du secteur de l'éducation à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues



UNODC
Office des Nations Unies
contre la drogue et le crime



Organisation
mondiale de la Santé

Éducation
2030 

POLITIQUES RATIONNELLES
ET BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE
D'ÉDUCATION À LA SANTÉ

Brochure **10**

**RÉPONSES DU SECTEUR
DE L'ÉDUCATION À LA CONSOMMATION
D'ALCOOL, DE TABAC ET DE DROGUES**

Publié en 2018 par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 7, place de Fontenoy, 75352 Paris 07 SP, France, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Centre international de Vienne, Wagramer Strasse 5, A 1400 Vienne, Autriche, et l'Organisation mondiale de la Santé, 20, avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse

© UNESCO 2018

UNESCO ISBN 978-92-3-200155-9



Œuvre publiée en libre accès sous la licence Attribution ShareAlike 3.0 IGO (CC-BY-SA 3.0 IGO) (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/igo/>). Les utilisateurs du contenu de la présente publication acceptent les termes d'utilisation de l'Archive ouverte de libre accès UNESCO (<http://www.unesco.org/open-access/terms-use-ccbysa-fr>).

Titre original : Good Policy and Practice in Health Education: Booklet 10, *Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs*

Publié en 2017 par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et l'Organisation mondiale de la Santé

Les désignations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'UNESCO aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Les idées et les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs ; elles ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'UNESCO et n'engagent en aucune façon l'Organisation.

Photo de couverture : © UNESCO/IIDAC

Crédits photos :

p. 10 : AVAVA/Shutterstock.com

p. 13 : Vitchanan Photography/Shutterstock.com

p. 16-17 : Daniel M Ernst/Shutterstock.com

p. 31 : Hasan Shaheed/Shutterstock.com

p. 60 : Zurijeta/Shutterstock.com

Composition et impression dans les ateliers de l'UNESCO

Imprimé en France

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	4
Acronymes.....	5
Remerciements.....	6
Glossaire.....	7
Résumé.....	10
1. INTRODUCTION.....	13
2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	17
2.1. Prévalence de la consommation de substances psychoactives chez les adolescents à l'école.....	17
2.2. Conséquences de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes...26	
2.3. Raisons pour lesquelles certains jeunes consomment des substances psychoactives et d'autres non.....	27
2.4. Rôle du secteur de l'éducation.....	29
3. POLITIQUES RATIONNELLES ET BONNES PRATIQUES CONCERNANT LES RÉPONSES DU SECTEUR DE L'ÉDUCATION À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES.....	31
3.1. Principes clés des réponses du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives.....	32
3.2. Éléments d'une réponse holistique du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives.....	33
3.2.1. Cadres politiques et stratégiques du secteur de l'éducation.....	33
3.2.2. Programmes scolaires nationaux et sous-nationaux.....	37
3.2.3. Formation et encadrement des éducateurs et autres personnels.....	41
3.2.4. Réponses fondées sur des données probantes au niveau de l'école.....	43
3.2.5. Services de santé scolaire appropriés.....	53
3.2.6. Gestion de la réponse du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives.....	55
4. ASPECTS À PRENDRE EN COMPTE POUR DÉPLOYER À GRANDE ÉCHELLE LES RÉPONSES EFFICACES ET DURABLES DU SECTEUR DE L'ÉDUCATION À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES.....	60
Références bibliographiques.....	64

AVANT-PROPOS

La consommation d'alcool, de tabac et de drogues – appelée « consommation de substances psychoactives » dans la présente brochure – débute le plus souvent à l'adolescence. Elle est associée à une kyrielle d'effets néfastes sur la santé mentale et physique des jeunes, et sur leur bien-être à court et à long terme. La consommation de substances psychoactives est également liée à une série de conséquences négatives dans le domaine éducatif, telles que le manque de motivation à l'école, l'échec scolaire ou l'abandon des études. Tout cela a un impact sur les efforts déployés par le secteur de l'éducation pour assurer une éducation de qualité inclusive et équitable pour tous et réaliser le nouveau Programme mondial de développement durable à l'horizon 2030.

Il existe toute une série de facteurs de risque pouvant exposer les enfants et les jeunes à la consommation de substances psychoactives et à ses conséquences, parmi lesquels leurs caractéristiques individuelles et l'environnement dans lequel ils vivent. L'éducation est une plateforme qui accueille les enfants et les jeunes à un stade crucial de leur développement, et les aide à évaluer ces risques et ces pressions et à s'y soustraire.

Le secteur de l'éducation a donc pour responsabilité fondamentale de protéger les enfants et les jeunes de la consommation de substances psychoactives. Il doit pour cela prendre une série de mesures : faire en sorte que le tabac, l'alcool et autres drogues soient totalement bannis des écoles ; veiller à ce que les programmes scolaires comprennent un apprentissage des risques associés à la consommation de substances psychoactives et favorise, chez les élèves, le développement de compétences personnelles et sociales induisant des comportements sains ; renforcer les connaissances et compétences des éducateurs, des parents, des personnels de santé et des communautés pour qu'ils responsabilisent et soutiennent les enfants et les jeunes afin de prévenir et de combattre la consommation de substances psychoactives. Toutes ces mesures exigent du secteur de l'éducation qu'il adopte une approche globale afin de mobiliser l'ensemble du système, en collaboration avec d'autres secteurs, en particulier le secteur de la santé et les autorités de lutte contre la toxicomanie.

La présente brochure est le fruit d'un processus de consultation internationale mené sous l'égide de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), en partenariat avec l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). S'appuyant sur les synergies entre les missions et compétences respectives de ces trois agences des Nations Unies toutes membres de l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, elle est l'illustration d'un effort de collaboration intersectorielle visant à aider nos États membres à renforcer et accélérer les réponses de leurs secteurs de l'éducation à la consommation de substances psychoactives.

S'inscrivant dans le cadre défini par les *Normes internationales de prévention de la consommation de drogues* (ONUDC, 2013) et *La santé pour les adolescents du monde* (OMS, 2014), cette publication conjointe fournit le contexte et la justification qui permettront au secteur de l'éducation de mieux répondre à la consommation de substances psychoactives. Elle présente des politiques et pratiques prometteuses fondées sur des données probantes, les illustrant d'exemples concrets en provenance de différentes régions du monde dont la recherche scientifique a démontré l'efficacité. Elle suggère aussi différents aspects à prendre en considération avant de mettre en oeuvre et de déployer à grande échelle les approches et les programmes efficaces qui constitueront la réponse du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives.

Qian Tang (Ph.D.)
Sous-Directeur général
de l'UNESCO



ACRONYMES

AVCI	Année de vie corrigée de l'incapacité
CICAD	Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues
CND	Commission des stupéfiants
ECR	Essai contrôlé randomisé
ESPAD	Projet d'enquête paneuropéenne sur l'alcool et d'autres drogues en milieu scolaire
FRESH	Concentrer les ressources sur une santé scolaire efficace
GBG	Good Behaviour Game - Jeu du bon comportement
GHO	Observatoire mondial de la santé
GSHS	Enquête mondiale sur la santé en milieu scolaire
GYTS	Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes
HBSC	Enquête sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé
INL	Bureau international des stupéfiants et de l'application de la loi du Département d'État américain
ISSUP	Société internationale des professionnels de la prévention et du traitement de la toxicomanie
IST	Infection sexuellement transmissible
NSP	Nouvelles substances psychoactives
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PIB	Produit intérieur brut
PWID	Personnes qui s'injectent des drogues
SFP	Programme de renforcement des familles
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
STA	Stimulants de type amphétamine
UDI	Usage de drogues injectables
UE	Union européenne
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNGASS	Session extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UPC	Curriculum de prévention universel
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

REMERCIEMENTS

La présente brochure est le fruit d'un processus de consultation internationale sur les réponses du secteur de l'éducation à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues. La direction en a été assurée par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), en partenariat avec l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en s'appuyant sur les synergies entre leurs missions et compétences respectives. Le processus de consultation comprenait les trois éléments suivants :

- une revue de la littérature et une collecte de données commissionnées par l'UNESCO et résumées dans un document de référence technique. Les travaux de recherche et la rédaction du document de référence ont été réalisés par une équipe de consultants de l'University College of London (UCL), composée de Daniel Hale, Chris Bonell et Russell Viner, avec la participation d'Arrash Yassaee, de Kirsten MacGregor et de Leonardo Bevilacqua.
- Des revues de la littérature régionales commissionnées par les Bureaux de l'UNESCO en Europe orientale et en Asie centrale, en Afrique orientale et australe et en Amérique latine et dans les Caraïbes, qui ont fourni des éléments d'information pour l'élaboration du document de référence technique.
- une réunion internationale d'experts organisée par l'UNESCO en partenariat avec l'ONUDC et l'OMS et avec le soutien du gouvernement turc (29 septembre-2 octobre 2015, Istanbul, Turquie), où le document de référence technique a été présenté aux experts du domaine, qui ont apporté des informations supplémentaires.

Le processus a été coordonné par une équipe dirigée par Christophe Cornu, Spécialiste principal de programme à l'UNESCO, sous la supervision de Christopher Castle, Chef de la Section de la santé et de l'éducation de l'UNESCO, et conformément aux orientations générales fournies par Soo Hyang Choi, Directrice de la Division pour l'inclusion, la paix et le développement durable de l'UNESCO.

Gary Roberts en a rédigé le premier jet à partir des éléments recueillis dans le cadre du processus sus-mentionné. L'UNESCO, l'ONUDC et l'OMS ont offert leur soutien et leurs conseils pendant toute la durée du processus. Nous remercions tout particulièrement Yongfeng Liu de la Section de la santé et de l'éducation de l'UNESCO ; Giovanna Campello et Hanna Heikkilä de la Section de la prévention, du traitement et de la réhabilitation au sein de la Branche Prévention de la toxicomanie et Santé de l'ONUDC ; Maria Renstrom, Vladimir B. Poznyak, Elise Gehring et Regina Guthold du Département de la santé mentale et de l'abus de substances psychoactives de l'OMS, Valentina Baltag du Département de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent de l'OMS et Yuka Makino du Département de la prévention des maladies non transmissibles de l'OMS.

Un grand merci à Nancy Comeau, Patricia Conrod, Galina Fomaidi, Håkan Leifman, Tatiana Rayfshnayder, Borikhan Shaumarov et Harsheth Virk qui ont réalisé les études de cas préalables à la préparation de cette brochure, ainsi qu'à Monika Arora, Jamila Boughelaf, Gregor Burkhart, Ernesto Cortes, Mary Guinn Delaney, Zora Desic, Fabrizio Faggiano, Brian Flay, David Foxcroft, Sergei Frolov, Wangai Gachoka, Victoria Gonzalez, Kenneth Griffin, Henrik Jungaberle, Anita Krug, Vladimir Ponomarenko, Neena Raina, Sky Siu, Zili Sloboda, Martin Stafström, Roberto Tykanori et Tigran Yepoyan, qui ont relu la première version du document ou ont fourni des informations additionnelles après la réunion internationale d'experts.

Merci également à Ramazan Güzel, qui a soutenu l'organisation de la réunion internationale d'experts dans le cadre de son détachement auprès de l'UNESCO par le gouvernement turc, et à Rebecca Apperson, qui a aidé à préparer une bibliographie annotée afin de guider la revue initiale de la littérature en vue de l'élaboration du document de référence technique dans le cadre de son stage à l'UNESCO.

GLOSSAIRE

Âge moyen lors de la première consommation

Dans le présent document, ce terme désigne l'âge moyen lors de la première consommation d'une substance psychoactive dans un pays ou une région donnés ou à l'échelle mondiale. Il se situe souvent vers l'âge de l'entrée dans l'enseignement secondaire (aux alentours de 13 ans). Mais la première consommation s'observe aussi parfois au cours des dernières années d'enseignement primaire (par ex., entre 10 et 12 ans), à certains endroits et pour certaines substances psychoactives (par ex., le tabac).

L'âge moyen lors de la première consommation est un important point de repère pour la prévention de la consommation de substances psychoactives, car les approches ne sont pas les mêmes avant et après la première prise. Il doit être estimé dans chaque juridiction en s'appuyant sur les meilleures données disponibles. L'âge typique peut varier selon le pays ou la région, la substance psychoactive concernée (par ex. alcool ou méthamphétamine) et la sous-population. Termes synonymes : âge de la première prise, âge d'initiation.

Années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI/ DALY)

Une **AVCI** équivaut à la perte d'une année de vie en bonne santé. Les AVCI calculées pour une maladie ou une affection sont la somme des années de vie perdues du fait des décès prématurés survenus dans la population et des années perdues pour cause d'incapacité chez les personnes atteintes de cette maladie ou affection ou qui en subissent les conséquences.

Boisson alcoolisée

Une boisson alcoolisée est un liquide qui contient de l'éthanol et qui est destiné à être bu. Dans la plupart des pays qui ont adopté une définition juridique des boissons alcoolisées, la teneur minimale en éthanol par volume est fixée à environ 0,5 %. Les catégories les plus répandues de boissons alcoolisées sont les bières, les vins et les spiritueux.

Dépendance

La dépendance, ou syndrome de dépendance, est un ensemble de phénomènes physiologiques, comportementaux et cognitifs dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances psychoactives entraîne chez l'individu concerné un désinvestissement progressif des autres activités. Ceci concerne la consommation de toute **substance psychoactive**, telle que le **tabac**, l'**alcool** ou les **drogues**. La dépendance est l'un des **troubles liés à la consommation de substances psychoactives** qui peut être provoqué par la consommation d'une ou plusieurs **substances psychoactives**.

Drogues

Dans le présent document, le terme « drogues » est employé en référence aux substances psychoactives appartenant à l'un des trois groupes suivants :

- les substances psychoactives (voir **Substances psychoactives**)
- les nouvelles substances psychoactives (voir **Nouvelles substances psychoactives**)
- les substances volatiles (voir **Substances volatiles**)

Essai contrôlé randomisé

Un essai contrôlé randomisé (ECR) est un type d'étude scientifique dans laquelle un nombre d'individus, généralement atteints d'une affection ciblée, sont aléatoirement répartis en au moins deux groupes distincts afin de tester une intervention spécifique. L'un d'eux (le groupe expérimental) reçoit l'intervention sur laquelle porte l'essai, tandis que le second (le groupe témoin ou groupe contrôle) reçoit une intervention alternative, ou une intervention factice (placebo) ou ne reçoit aucune intervention. Les groupes sont suivis afin d'évaluer l'efficacité de l'intervention expérimentale. Les résultats sont mesurés à des moments précis et toute différence entre les groupes fait l'objet d'une analyse statistique.

Étude quasi-expérimentale

Une étude quasi-expérimentale compare les différences entre un groupe expérimental et d'autres groupes sans répartition aléatoire des sujets, ou, parfois, mesure uniquement le groupe expérimental avant et après l'intervention sans le comparer aux autres groupes. Les ECR sont souvent considérés comme la norme de référence en matière d'évaluation des résultats, tandis que les études quasi-expérimentales produisent des résultats moins rigoureux mais sont moins coûteuses, et sont donc plus faciles à mettre en oeuvre.

Intoxication	L'intoxication est l'un des troubles liés à la consommation de substances psychoactives pouvant être directement provoqué par la consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives . Elle se manifeste par des perturbations de la conscience, des facultés cognitives, de la perception, du jugement ou du comportement.
Nouvelles substances psychoactives	Une substance psychoactive , consommée pure ou sous la forme de préparations, qui n'est pas contrôlée par les conventions des Nations Unies, mais peut toutefois représenter une menace pour la santé publique comparable à celles des substances psychoactives énumérées dans ces conventions. Ces nouvelles substances psychoactives (NSP) circulent sur le marché sous les noms de « drogues de synthèse », « euphorisants légaux », « euphorisants végétaux », « sels de bain », « produits chimiques de recherche » ou « réactifs de laboratoire ». Dans certains pays, elles sont contrôlées par la législation nationale.
Polyusage ou polyconsommation de drogues	Défini largement dans le lexique de l'OMS comme la consommation par un individu de plus d'une substance psychoactive , simultanément ou à la suite. En langage courant, le polyusage ou la polyconsommation de drogues implique aussi la consommation fréquente ou intensive de plus d'une substance psychoactive.
Pratiques fondées sur des données probantes	On désigne ainsi les pratiques – ou leurs adaptations rigoureusement testées à de nouveaux contextes ou milieux culturels – qui ont fait la preuve de leur efficacité en matière de prévention de la consommation de substances psychoactives (ou qui ont une influence sur les facteurs de protection ou les facteurs de risque connus de la consommation de substances psychoactives lorsqu'on cible des enfants). Cela doit avoir été démontré par au moins deux études utilisant des modèles d'étude expérimentaux (essai contrôlé randomisé ou modèle équivalent applicable aux approches de prévention visant l'ensemble de la population) de bonne qualité ou de qualité acceptable.
Pratique prometteuse	Pratique présentant des caractéristiques associées aux programmes efficaces, mais n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation suffisante, ou bien ces données ne sont pas assez solides pour qu'elle soit considérée comme fondée sur des données probantes .
Prévention des conséquences sanitaires et sociales de la consommation de substances psychoactives	Expression recouvrant l'ensemble des politiques et programmes visant directement à réduire les conséquences sanitaires et sociales de la consommation de substances psychoactives. Il s'agit, par exemple des programmes d'échange de seringues et d'aiguilles destinés à prévenir le partage de matériel entre personnes qui s'injectent des drogues (PID) et par suite la propagation des infections transmises par le sang, comme le VIH ou l'hépatite C, et des programmes destinés à dissuader de conduire sous l'emprise de l'alcool ou d'une drogue.
Prévention indiquée	Stratégie de prévention de la consommation de substances psychoactives ciblant les individus identifiés comme présentant un risque particulier d'usage de substances psychoactives ou de troubles liés à la consommation de substances psychoactives.
Prévention sélective	Stratégies de prévention de la consommation de substances psychoactives ciblant des sous-ensembles de la population plus exposés au risque de consommation.
Prévention universelle	Stratégies de prévention de la consommation de substances psychoactives ciblant l'ensemble de la population, sans prise en compte des facteurs de risque individuels ou collectifs.
Prévention de la consommation de substances psychoactives	Programmes et politiques visant à prévenir ou retarder la première consommation de substances psychoactives et l'apparition consécutive des troubles induits par cette consommation, afin de réduire cette consommation ainsi que ses conséquences sanitaires et sociales.
Santé scolaire	Un programme de santé scolaire s'entend comme les stratégies, activités et services offerts par et dans les écoles (et autres établissements d'enseignement), ou en association avec elles, et qui sont conçus pour promouvoir le développement physique, émotionnel et social des élèves.

Les **services de santé scolaire** sont les services fournis aux élèves scolarisés par un ou plusieurs professionnels de santé et/ou de domaines associés, indépendamment du lieu de la prestation de service (dans l'enceinte de l'école ou à l'extérieur). Les services de santé scolaire doivent faire l'objet d'une convention officielle entre l'établissement et l'organisme prestataire.

Secteur de l'éducation

Dans la présente brochure, le secteur de l'éducation est défini opérationnellement comme l'ensemble des activités dont le but principal est de dispenser une éducation au sein d'établissements d'enseignement, ainsi que les personnels, institutions, ressources et processus - organisés conformément aux politiques établies - permettant d'assurer la tenue de ces activités d'éducation dans les établissements à tous les niveaux du système. À l'échelon national, le secteur ou système éducatif est habituellement coordonné par un ou plusieurs ministères de l'éducation.

Substances psychoactives

Les substances psychoactives, comme le cannabis, les amphétamines, l'ecstasy, la cocaïne et l'héroïne, ainsi que l'alcool et la nicotine, sont des substances capables d'altérer l'état de conscience, l'humeur ou les pensées de l'individu qui les consomme. Beaucoup sont contrôlées en vertu des trois principales conventions relatives au contrôle des drogues : la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972, la Convention de 1971 sur les substances psychotropes et la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.

Substances volatiles

Les substances volatiles comprennent les solvants organiques présents dans de nombreux produits domestiques et industriels d'usage courant tels que les colles, les peintures en aérosol ou les solvants industriels. Elles sont inhalées pour leurs effets psychoactifs.

Tabac

Le tabac est une **substance psychoactive** contenant de la nicotine. Il peut être consommé comme produit à fumer (par exemple, cigarettes, cigares, narguilé), produit sans fumée (par exemple, tabac à priser, tabac à chiquer) ou produit vaporisé (par exemple, cigarette électronique – un appareil électronique portatif vaporisant un liquide aromatisé, inhalé par l'utilisateur).

Troubles liés à la consommation de substances psychoactives

Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'une ou plusieurs **substances psychoactives**. Ils englobent une grande variété de troubles de gravité et de forme clinique variables, telles que l'**intoxication**, l'**usage nocif**, le syndrome de **dépendance**, le syndrome de sevrage ou les troubles psychotiques.

Consommation de drogues

Dans la présente brochure, le terme « consommation de drogues » fait référence à la consommation à des fins non médicales ou non scientifiques des trois groupes de substances psychoactives mentionnées plus haut (voir **drogues**).

Consommation de substances psychoactives

La consommation de toute **substance psychoactive**. Dans la présente brochure, ce terme recouvre :

- la consommation de **boissons alcoolisées** (voir **Boisson alcoolisée** pour plus de détails)
- toutes les formes d'usage du **tabac** (qu'il soit fumé ou chiqué) (voir **Tabac** pour plus de détails)
- la consommation de **drogues** (voir **Drogues** et **Usage de drogues** pour plus de détails).

Usage nocif / Consommation nocive

Mode d'usage d'une **substance psychoactive** qui est préjudiciable à la santé (physique ou mentale). Ceci englobe la consommation de **tabac** et la consommation de **drogues**, ainsi que la consommation nocive de **boissons alcoolisées** (la consommation d'alcool étant généralement associée à une fréquence élevée et/ou de hauts niveaux de consommation, ainsi qu'à l'alcoolisme précoce).



RÉSUMÉ

La présente brochure expose le contexte et la justification pour de meilleures réponses du secteur de l'éducation à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues chez les enfants et les jeunes, en mettant l'accent sur l'enseignement primaire et secondaire. Elle présente des politiques et pratiques prometteuses fondées sur des données probantes, en les illustrant d'exemples concrets d'interventions empruntées à différentes régions du monde et dont la recherche scientifique a démontré l'efficacité. Elle propose aussi un ensemble d'aspects que le secteur de l'éducation devra prendre en considération afin de déployer à plus grande échelle et de manière durable les approches et les programmes efficaces de lutte contre la consommation de substances psychoactives.

Contexte et justification

C'est généralement à l'adolescence que débute la consommation de substances psychoactives, les plus couramment consommées chez les enfants et les jeunes étant l'alcool, le tabac et le cannabis. Selon les données des enquêtes nationales réalisées en milieu scolaire, un jeune âgé de 13 à 15 ans sur quatre a consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, et une fille sur dix et un garçon sur cinq ont consommé du tabac, les taux étant plus faibles en ce qui concerne le cannabis. Le tabac est souvent la première substance psychoactive que consomme un enfant ou un jeune au cours de sa vie. On observe une augmentation de la consommation de stimulants de type amphétamine et de nouvelles substances psychoactives, même si leur prévalence reste relativement faible. Les nouvelles substances psychoactives constituent une menace particulière, dans la mesure où certains jeunes les perçoivent comme moins

nocives que d'autres drogues parce qu'elles sont ou ont été autorisées. Elles sont aussi faciles à se procurer et sont souvent conditionnées dans un emballage à l'effigie d'une marque. De plus, dans certains pays, 70 % à 90 % des personnes s'injectant des drogues (PID) commencent à le faire avant 25 ans.

Chez les enfants et les jeunes, la consommation précoce et la consommation régulière d'alcool, de tabac et de drogues sont associées au risque croissant de développer une dépendance ou un usage nocif plus tard dans la vie, ainsi qu'à des problèmes de santé physique et mentale pendant toute leur existence.

Figure : Aperçu de la consommation de substances psychoactives chez les enfants et les jeunes dans le monde et dans des régions choisies

Parmi les substances psychoactives consommées par les enfants et les jeunes, les substances psychoactives dont la consommation est la plus courante chez les adolescents scolarisés âgés de 13 à 15 ans sont les suivantes :



Les données disponibles indiquent que la consommation de substances psychoactives chez les enfants et les jeunes peut avoir une série de conséquences négatives pour leur éducation globalement, telles que l'échec scolaire, le décrochage scolaire et le non-achèvement des études secondaires et post-secondaires observés dans une multitude de régions et de pays développés et en développement.

Un large éventail de facteurs – individuels, familiaux, scolaires, communautaires et sociétaux – peuvent favoriser la consommation de substances psychoactives chez les jeunes ou au contraire la prévenir. Le secteur de l'éducation, en tant qu'écosystème composé d'un grand nombre d'acteurs et de composantes, peut être mobilisé en vue d'adopter une approche holistique (dont on verra plus loin les détails), permettant de s'attaquer aux facteurs de risque tout en favorisant les facteurs protecteurs.

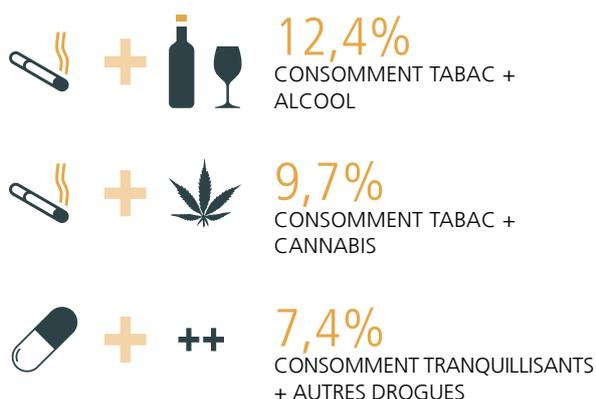
On observe aussi chez certains enfants et jeunes la consommation de stimulants de type amphétamine (STA) et de nouvelles substances psychoactives (NPS), ainsi que le polyusage de drogues et la consommation de drogues injectables :



Politiques rationnelles et bonnes pratiques

Pour pouvoir répondre efficacement à la consommation de substances psychoactives, le secteur de l'éducation doit fonder l'ensemble de ses approches et interventions sur les meilleures données scientifiques disponibles. Il devra pour cela définir des objectifs de prévention et de lutte correspondant à la prévalence et aux modes de consommation de substances psychoactives dans le pays en question. La prévention doit débuter tôt. Elle doit couvrir tous les groupes d'âge, et cibler en particulier les périodes critiques de transition dans le développement des enfants et des jeunes. Voici quels sont les principaux éléments d'une réponse globale du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives :

LE POLYUSAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES AU SEIN DE LA JEUNESSE SCOLARISÉE DANS 29 PAYS EUROPÉENS



- **DES CADRES POLITIQUES ET STRATÉGIQUES DU SECTEUR DE L'ÉDUCATION**, pouvant prendre diverses formes, telles que : politiques obligatoires concernant la consommation de substances psychoactives à l'école ; éducation obligatoire à la santé et à la prévention de la consommation de substances psychoactives ; services de santé scolaire ; normes nationales de qualité pour les efforts de prévention en milieu scolaire. Tous ces cadres politiques et stratégiques devront reposer sur les meilleures données disponibles, et s'appuyer également sur de plus larges priorités sociétales guidées par les cadres internationaux pertinents.
- **DES PROGRAMMES SCOLAIRES NATIONAUX ET SOUS-NATIONAUX** incorporés généralement et plus adéquatement dans un domaine disciplinaire en rapport avec la santé, et reposant sur :

- 1) des contenus et des concepts adaptés à l'âge des élèves, axés sur les compétences personnelles et sociales et s'adressant en particulier aux enfants et aux jeunes avant et pendant l'âge moyen lors de la première consommation; et ayant vocation à transmettre aux jeunes qui auraient déjà commencé à consommer des substances psychoactives, en plus des compétences personnelles et sociales, des connaissances et des attitudes spécifiques concernant la consommation de substances psychoactives ;
 - 2) des méthodes pédagogiques interactives utilisées par des éducateurs formés ;
 - 3) une série de séances structurées échelonnées sur plusieurs années, accompagnées de séances ultérieures de rappel des contenus des programmes, afin de contribuer aux effets à plus long terme. L'approche de prévention consistant à simplement donner des informations, en cherchant notamment à susciter de la peur et en sollicitant les témoignages d'anciens usagers de drogues, est associée à des résultats nuls ou négatifs.
- **DES SERVICES DE FORMATION ET D'ENCADREMENT DES PERSONNELS DE L'ÉDUCATION** visant à garantir qu'ils ont les aptitudes requises pour apporter et soutenir des réponses de qualité à la consommation de substances psychoactives dans les écoles. Une formation générale des enseignants à la prévention peut être dispensée dans le cadre de la formation post-universitaire, de la formation continue ou au sein de l'établissement où ils exercent. Cette formation sera d'autant plus efficace qu'elle sera perçue comme mobilisatrice et collaborative, et qu'elle s'appuiera non seulement sur des connaissances et des méthodes pédagogiques, mais aussi sur des démonstrations des compétences clés – et des possibilités de pratiquer, par exemple à travers des jeux de rôles.
 - **DES RÉPONSES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES AU NIVEAU DE L'ÉCOLE** comprenant :
 - 1) des approches de prévention universelle visant à procurer un environnement sain et bienveillant aux enfants et aux jeunes dans et par l'éducation, y compris en apportant des réponses liées aux programmes scolaires et aux autres activités au sein des établissements d'éducation ;
 - 2) des mesures de prévention sélective et indiquée ciblant des individus ou des groupes considérés comme particulièrement exposés au risque de commencer la consommation de substances psychoactives ou qui sont déjà impliqués dans la consommation de certaines de ces substances.

Il est recommandé d'adopter une approche scolaire globale, couvrant tous les aspects de la communauté scolaire pouvant avoir une incidence sur l'apprentissage, la santé et le bien-être des élèves, afin de procurer :

 - 1) des installations ainsi que des travaux et activités scolaires où la consommation de substances psychoactives est interdite aux élèves comme aux membres du personnel ;
 - 2) des mesures non punitives à l'égard des élèves surpris à consommer des substances psychoactives, où ces incidents sont transformés en une occasion d'éduquer et de promouvoir la santé par différents mécanismes de soutien (services de conseil, orientation vers les services compétents, soutien à l'arrêt de la consommation des substances psychoactives, etc.) ;
 - 3) un environnement scolaire encourageant la participation des élèves, l'établissement de relations positives et leur intérêt pour l'école. Il n'existe pas de preuves factuelles d'un quelconque effet préventif des opérations de dépistage aléatoire de la consommation de substances psychoactives dans les écoles.
 - **DES SERVICES DE SANTÉ SCOLAIRE APPROPRIÉS**, généralement présents aussi bien dans les pays à haut qu'à faible revenu, peuvent jouer un rôle essentiel en matière de prévention, de détection précoce et d'orientation en cas de consommation de substances psychoactives et de troubles liés à la consommation de ces substances (voir Glossaire), ou dans le cadre d'interventions brèves auprès des élèves qui consomment des substances. Les services dispensés dans l'enceinte des établissements scolaires se révèlent efficaces, notamment en ce qui concerne les enfants et les jeunes difficiles à atteindre, car ils sont plus accessibles que les services de santé dispensés en dehors des écoles.
 - **UNE GESTION EFFICACE DE LA RÉPONSE DU SECTEUR DE L'ÉDUCATION** qui mette à disposition les ressources et infrastructures nécessaires à la planification, à la coordination (à la fois entre le secteur de l'éducation et les autres secteurs, et au sein même du secteur de l'éducation), au suivi et à l'évaluation des réponses du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives sur le long terme.
- ### Déployer des réponses du secteur de l'éducation efficaces et durables
- Les programmes ou les interventions qui, dans leur forme actuelle, se sont révélés inefficaces ou à certains égards préjudiciables doivent être interrompus et rectifiés. La décision de poursuivre une réponse ou de la déployer plus largement ne sera prise que si elle promet ou produit des résultats positifs sanctionnés par une évaluation scientifique. La préparation et la mise en oeuvre d'un plan crédible de déploiement de la réponse du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives exigent, entre autres : une bonne gouvernance et un fort leadership; la mobilisation d'un grand nombre de parties prenantes dès le début ; la compréhension par les autorités responsables des retombées d'un déploiement de la réponse ; les capacités et les ressources dont dispose effectivement le secteur pour mettre ce plan en oeuvre ; et un suivi, une recherche de l'amélioration de la qualité et une évaluation dans la durée.



1. INTRODUCTION

La consommation d'alcool, de tabac et de drogues – appelée dans le présent document « consommation de substances psychoactives » – est associée à toute une série de conséquences néfastes pour la santé : cela va des dommages corporels, des accidents et de la violence aux problèmes de santé chronique, comme la dépendance, les maladies cardiovasculaires, le VIH, l'hépatite C et différents cancers. Outre ces conséquences physiques et psychosociales et les coûts en soins de santé qui en résultent, la consommation de substances psychoactives a aussi des coûts élevés sur le plan social, éducatif, de la justice pénale et de la perte de productivité, qui font peser un poids économique considérable sur la société.

Le secteur de l'éducation ne peut se soustraire à son obligation d'affronter ce problème. Il doit intervenir, et cela pour deux grandes raisons :

1) parce qu'il lui faut soutenir les efforts déployés par la société pour réduire les coûts sociaux et économiques de la consommation de substances psychoactives ;

2) parce que la consommation de substances psychoactives chez les enfants et les jeunes¹, ainsi que ses causes sous-jacentes, font trop souvent obstacle à la mission du secteur de l'éducation.

La consommation de substances psychoactives, en particulier la consommation nocive, peut affecter le bien-être d'une jeune personne, et elle est clairement liée à l'échec scolaire (par ex. altération des fonctions cognitives, désengagement de l'école², absences répétées et abandons précoces) (Arthur et al., 2015).

¹ Selon les définitions des Nations Unies, un « adolescent » est une personne âgée de 10 à 19 ans, un « enfant » une personne âgée de moins de 18 ans (sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable) et un « jeune » une personne âgée de 10 à 24 ans ; le mot « jeunesse » désigne les personnes âgées de 15 à 24 ans.

² Le mot « école » est souvent employé dans ce document comme synonyme d'« établissement d'éducation » en général. Lorsqu'il renvoie à un niveau particulier d'éducation (préprimaire, primaire, secondaire ou tertiaire/supérieur, etc.), cela est toujours précisé.

D'un autre côté, le secteur de l'éducation peut jouer un rôle clé en prévenant et en combattant la consommation de substances psychoactives. Un tour d'horizon de l'examen systématique des données factuelles existantes (J. K. Das et al., 2016) amène à la conclusion que :

- dans le cas du tabagisme, les programmes de prévention scolaire entraînent une réduction de la consommation ;
- dans le cas de l'alcoolisme, les programmes de prévention scolaire sont associés à une réduction de la fréquence de la consommation ;
- dans le cas de la toxicomanie, les interventions scolaires basées sur une combinaison d'approches de compétence sociale et d'influence sociale ont des effets protecteurs contre la consommation de drogues, notamment en ce qui concerne le cannabis.

Il convient d'ajouter que la manière dont le secteur de l'éducation peut être à même d'apporter une réponse efficace à la consommation de substances psychoactives est aujourd'hui bien comprise. La science de la prévention a évolué au cours des trois dernières décennies, nous indiquant clairement quelles sont les approches du secteur de l'éducation qui réussissent à prévenir la consommation de substances psychoactives et ses conséquences sanitaires et sociales, et celles qui ont des résultats nuls, ou même des résultats négatifs. Il est important de souligner à cet égard que les programmes de prévention fondés sur des données probantes se révèlent, en toute logique, d'un bon rapport coût-efficacité (Lemon et al., 2014).

Malheureusement, les données révèlent aussi que la réponse des secteurs de l'éducation est bien souvent insuffisante, tant en qualité qu'en quantité. Ainsi :

- dans certains pays, le ministère de l'éducation et les autres autorités de l'éducation ne sont pas suffisamment impliqués dans la réponse nationale à la consommation de substances psychoactives, et on observe souvent un manque de coordination entre le secteur de l'éducation et les autres parties prenantes ;
- dans de nombreux pays, le secteur de l'éducation applique des approches qui ne sont pas fondées sur des données scientifiques, ce qui gaspille des ressources précieuses, et, dans certains cas, a des conséquences indésirables pouvant au bout du compte être préjudiciables aux jeunes (ONU DC, 2013).
- certains pays ont quelques interventions fondées sur des données probantes, mais éprouvent des difficultés à poursuivre ces interventions de manière durable et à les déployer à l'échelle nationale.

Il est donc urgent de mettre en oeuvre et de déployer plus largement des politiques et des programmes de prévention de la consommation de substances psychoactives fondés sur des données probantes. Le présent document vise à aider les acteurs du secteur de l'éducation à renforcer leur

réponse à la consommation de substances psychoactives en identifiant ces approches validées, en fournissant des exemples empruntés à différentes régions, et en examinant les stratégies qui permettent d'étendre les approches déployées à petite échelle.

Consciente que la structure du secteur de l'éducation et la division des tâches au sein du secteur peuvent être très variables d'un pays à l'autre, ce document s'adresse aux responsables qui sont les mieux placés pour diriger et appuyer ces efforts, à savoir :

- au niveau national et sous-national : les responsables politiques et les planificateurs, les concepteurs de programmes scolaires, les formateurs d'enseignants, les personnels chargés des politiques de santé scolaire, les personnels de santé scolaire et les décideurs du secteur de la santé, y compris ceux qui sont chargés du développement professionnel des personnels de santé scolaire ;
- les partenaires de santé publique, les partenaires sociaux et du développement et autres parties prenantes.

À propos du présent document

Le présent document fait partie d'une collection consacrée aux politiques rationnelles et aux bonnes pratiques en matière d'éducation à la santé publiée par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). Pour les besoins de cette publication, l'UNESCO s'est associée à l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONU DC) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), deux organisations qui partagent le même intérêt pour les réponses du secteur de l'éducation concernant la prévention de la consommation de substances psychoactives et mettent leur mandat et leurs compétences spécifiques au service de cette cause. Les ouvrages *Normes internationales de prévention de l'usage de drogues de l'ONU DC* (2013) et *La santé pour les adolescents du monde de l'OMS* (2014) servent de cadre de référence au présent volume.

Un document de référence technique a été préparé en vue de sa rédaction, et en a fourni la matière première. Ce rapport présentait les meilleures données disponibles sur la nature et l'ampleur de la consommation de substances psychoactives chez les enfants et les jeunes dans les établissements scolaires, ainsi que les réponses apportées par le secteur de l'éducation, avec un intérêt particulier pour la collecte d'informations concernant la situation des pays à revenu faible et intermédiaire. Afin de présenter un tableau le plus complet possible de la situation dans les régions à revenu faible et intermédiaire, l'UNESCO a commandé une collecte de données complémentaires concernant :

- la nature et l'ampleur de la consommation de substances psychoactives chez les enfants et les jeunes

dans les régions suivantes : Europe orientale, Asie centrale, Afrique orientale et australe, et Amérique latine et Caraïbes ;

- les réponses du secteur de l'éducation en Europe orientale, en Asie centrale et en Afrique orientale et australe.

Enfin, des experts et des responsables des secteurs de l'éducation et de la santé publique d'un certain nombre de pays ont été réunis afin de combler les lacunes d'information restantes.

Le reste de la présente publication est organisé comme suit :

- le **chapitre 2** explique en détail pourquoi il est absolument crucial que le secteur de l'éducation réponde à la consommation de substances psychoactives chez les jeunes, et décrit la nature et l'ampleur de la consommation de substances psychoactives au sein de la jeunesse ainsi que ses conséquences, les raisons de la plus grande vulnérabilité de certains élèves à la con-

sommation de substances, et la meilleure approche généralement à adopter pour répondre à cette question ;

- le **chapitre 3** identifie les stratégies et les interventions dont la recherche scientifique a montré l'efficacité (ou l'inefficacité), et présente des exemples d'efforts déployés par divers pays à partir de ces résultats. Ces pratiques sont qualifiées de « fondées sur des données probantes » ou de « prometteuses » (voir la définition de ces termes dans le Glossaire) ;
- le **chapitre 4** fournit des éléments de conclusion à considérer pour déployer plus largement et de manière durable les réponses efficaces du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives.

Le présent volume est axé sur les secteurs de l'enseignement primaire et secondaire. La consommation de substances psychoactives chez les étudiants du tertiaire est également préoccupante, mais il s'agit d'un autre cadre, appelant des stratégies différentes qui mobilisent d'autres groupes de parties prenantes, aussi le secteur de l'enseignement tertiaire est-il laissé de côté dans ce document.





2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

2.1. Prévalence de la consommation de substances psychoactives chez les adolescents à l'école

On retrouve dans une large mesure l'écart traditionnel entre les sexes, avec une prévalence plus élevée chez les garçons que chez les filles. Toutefois, la prévalence de la consommation de substances psychoactives a augmenté chez les filles au cours des deux dernières décennies dans certains pays à haut revenu, notamment en ce qui concerne la consommation non médicale de médicaments prescrits.

(UNODC, 2016)

Au sein des populations adultes à travers le monde, l'alcool, le tabac et le cannabis sont les substances psychoactives les plus couramment consommées, et c'est le cas également chez les jeunes. Les enquêtes internationales réalisées dans la plupart des pays fournissent des informations sur les taux de consommation de plusieurs substances psychoactives chez les adolescents en milieu scolaire, ainsi que plusieurs indicateurs concernant leur usage nocif. Ces enquêtes ne remplacent pas les données locales, mais fournissent néanmoins le contexte et la justification pour la planification des réponses du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives.

Les informations contenues dans cette section s'appuient essentiellement sur les données fournies par :

- **l'Enquête mondiale sur la santé en milieu scolaire (GSHS)**, un projet mondial de surveillance coordonné conçu par l'OMS pour aider les pays à mesurer et évaluer les facteurs de risque et de protection comportementaux ;
- **l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS)**, une enquête en milieu scolaire de l'OMS visant à renforcer la capacité des pays à surveiller la consommation de tabac chez les jeunes et à guider la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de prévention et de lutte contre le tabagisme ;
- **l'Enquête sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC)** de l'OMS, portant sur 44 pays et régions d'Europe et d'Amérique du Nord ;

- le **Projet d'enquête paneuropéenne sur l'alcool et d'autres drogues en milieu scolaire (ESPAD)**, qui fournit des données sur une quarantaine de pays européens.

Alcool

Les pays ont généralement des lois et règlements ciblant la consommation d'alcool des mineurs. Ainsi, dans la plupart des pays, il est interdit de consommer des boissons alcoolisées à l'adolescence, ou de vendre ou de servir des boissons alcoolisées aux adolescents. Cette interdiction s'appuie sur l'adoption et l'application de limites d'âge légales (variant, selon les pays, de 16 à 21 ans).

Figure 1. Prévalence de la consommation d'alcool chez les adolescents scolarisés âgés de 13 à 15 ans



1 ADOLESCENT ÂGÉ DE 13 À 15 ANS SUR **4**
A CONSOMMÉ DE L'ALCOOL AU COURS DES 12
DERNIERS MOIS

En résumé :

- L'alcool est la substance psychoactive la plus couramment consommée par les élèves à l'échelle mondiale. Elle est présente dans diverses boissons comme la bière, le vin, les spiritueux, le cidre, les rafraîchissements à base d'alcool³ (« coolers » ou « alcopops »).
- Au niveau mondial, en moyenne, un adolescent âgé de 13 à 15 ans sur 4 indique avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, soit deux fois plus que le tabac.
- Le degré et les modes de consommation d'alcool varient d'un pays et d'une région à l'autre, et parfois aussi d'une communauté et d'une école à l'autre. D'où la nécessité que des enquêtes locales viennent compléter les enquêtes nationales.
- La consommation nocive d'alcool est un comportement relativement courant chez les adolescents âgés de 13 à 19 ans à travers le monde, même si l'on sait qu'elle est plus prévalente en Europe et sur le continent américain par rapport à l'Afrique ou à l'Asie.

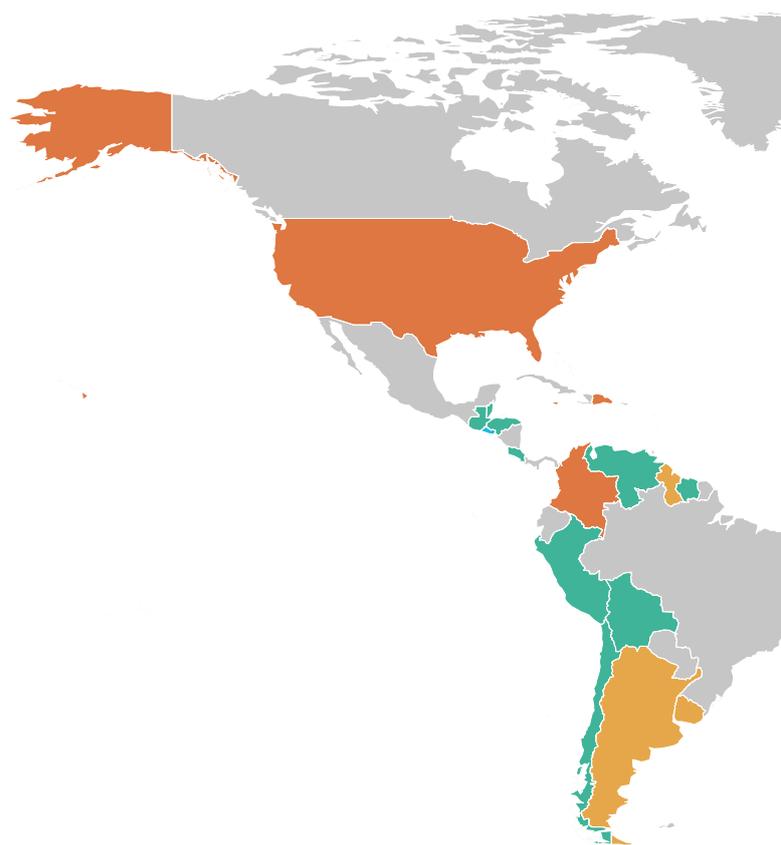
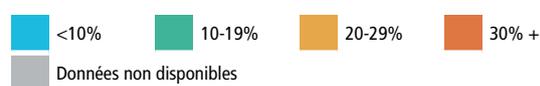
Dans la plupart des pays, les garçons sont plus susceptibles d'indiquer avoir déjà été ivres, mais parfois uniquement de façon marginale. Dans d'autres pays (comme l'Uruguay

³ Boissons qui mélangent de l'alcool en faible concentration, du jus de fruits, du sucre ou d'autres additifs.

ou la France), les filles sont aussi susceptibles que les garçons d'indiquer avoir été ivres.

On manque de données concernant la fréquence de la consommation d'alcool dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Une des régions recueillant des données sur la consommation fréquente d'alcool⁴ est l'Europe : la plus grande fréquence de consommation chez les élèves âgés de 15 à 16 ans est observée en République tchèque, au Danemark, en Lettonie et en Allemagne (plus d'un élève sur trois dans ces pays) ; la fréquence la plus faible s'observe en Islande, en Norvège et en Suède où moins de 10 % des élèves âgés de 15 à 16 ans ont indiqué boire fréquemment.

Figure 2. Pourcentage d'élèves âgés de 15 à 16 ans en Europe et âgés de 13 à 15 ans dans les autres régions ayant déjà été ivres



Source : ESPAD (pour l'Europe) et GSHS (pour les autres régions)⁵.

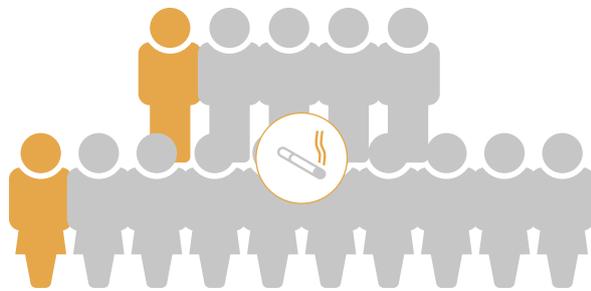
⁴ On entend ici par « consommation fréquente » le fait d'avoir bu de l'alcool au moins 40 fois dans sa vie.

⁵ Le GSHS porte sur les jeunes de 13 à 15 ans, alors que l'ESPAD couvre les 15-16 ans. Dans la mesure où le taux de consommation de substances psychoactives connaît généralement une augmentation spectaculaire entre l'âge de 13 et 16 ans, il est préférable de ne pas comparer les résultats du GSHS aux taux de l'ESPAD.

Tabac

De nombreux pays ont des législations réglementant la vente, la consommation ou l'achat de cigarettes et d'autres produits du tabac chez les jeunes. Mais ces lois sont variables, et elles évoluent aussi avec l'apparition de nouveaux produits, comme la cigarette électronique. La consommation de tabac chez les enfants et les jeunes est un problème préoccupant, parce qu'il signe souvent le début d'un mode de consommation durable, avec la mauvaise santé qui en résulte pendant toute la durée de l'existence. De plus, dans de nombreux pays, l'industrie applique de manière croissante une tactique intensive, ciblée et manipulatrice de commercialisation du tabac ciblant directement les enfants et les adolescents.

Figure 3. Prévalence du tabagisme chez les adolescents scolarisés âgés de 13 à 15 ans



1 FILLE SUR 10

ET 1 GARÇON SUR 5

CHEZ LES ADOLESCENTS ÂGÉS DE 13 À
15 ANS ONT CONSOMMÉ DU TABAC AU
COURS DES 12 DERNIERS MOIS

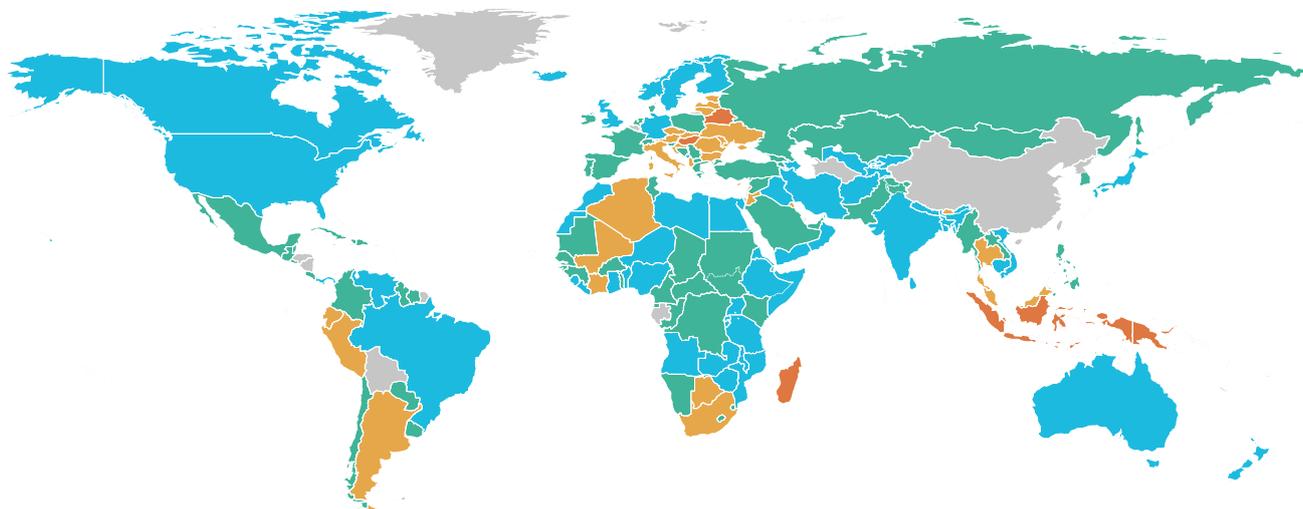
En résumé :

- Le tabac est souvent la première substance psychoactive consommée par les jeunes au cours de leur vie, un élève âgé de 13 à 15 ans sur quatre ayant déjà fumé une cigarette indiquant avoir commencé avant l'âge de dix ans. Les garçons sont plus susceptibles que les filles d'être des consommateurs de tabac, sauf en Europe et sur le continent américain, où garçons et filles affichent des taux d'usage identiques.
- La consommation de tabac est courante chez les adolescents dans toutes les régions du monde. Au niveau mondial, une fille âgée de 13 à 15 ans sur dix et un garçon âgé de 13 à 15 ans sur cinq consomment du tabac.
- C'est en Europe que les taux de consommation sont les plus élevés, et en Asie et en Afrique qu'ils sont les plus faibles. Mais ce schéma évolue avec la baisse de la prévalence du tabagisme dans la plupart des pays européens.
- Les taux de consommation de tabac sont également plus élevés dans les groupes à faible revenu que dans les groupes à haut revenu, ce contribue aux inégalités sanitaires.
- On relève des différences substantielles dans les taux de consommation de tabac entre pays de certaines régions. Par exemple, le pourcentage de jeunes âgés de 13 à 15 ans ayant indiqué consommer du tabac au cours des 30 derniers jours au Moyen-Orient varie de 3,3 % à Oman à 60 % au Liban.

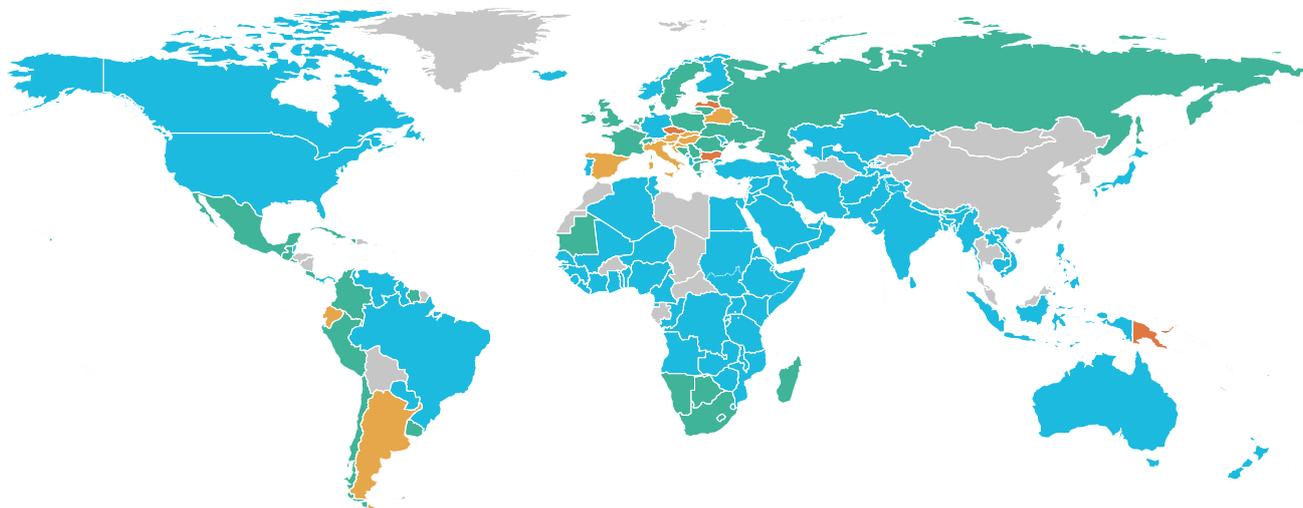
Figure 4. Pourcentage d'élèves âgés de 13 à 15 ans consommant un produit du tabac, 2011 ou dernières données disponibles

0 - 6,9% 7 - 15,9% 16 - 29,9% 30% + Données non disponibles

Garçons :



Filles :



Source : OMS, 2013.

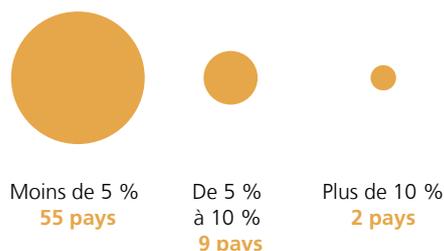
Cannabis

Le cannabis est l'une des drogues contrôlées par les traités des Nations Unies sur les drogues. Cela signifie que sa consommation n'est autorisée qu'à des fins médicales et scientifiques.

Les préparations à base de cannabis les plus courantes sont la marijuana, le haschich et l'huile de cannabis.

La marijuana est une formule végétale du cannabis préparée à partir des sommités fleuries et des feuilles séchées de la plante. Le tétrahydrocannabinol (THC) est le principal composé psychoactif qui est le premier responsable des effets psychoactifs recherchés par les usagers de cannabis. Le cannabis est habituellement fumé sous forme de marijuana dans une cigarette roulée à la main appelée « joint », qui peut également contenir du tabac.

Figure 5. Prévalence de la consommation de cannabis chez les adolescents âgés de 13 à 15 ans dans 66 pays



En résumé :

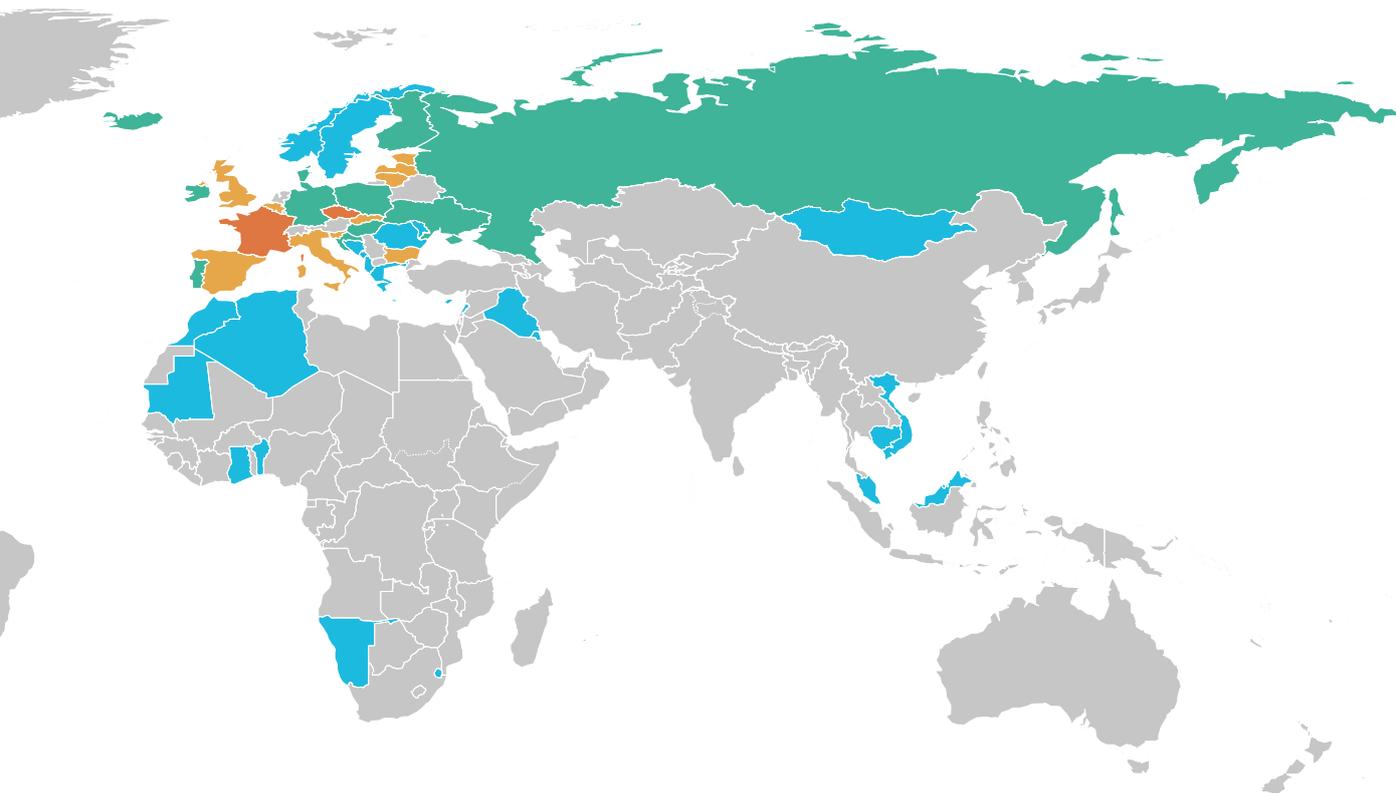
- Le cannabis est, après l'alcool et le tabac, la substance psychoactive la plus consommée au sein de la jeunesse (et de la population générale) dans toutes les régions du monde ; c'est en Afrique du Centre-Ouest, en Amérique du Nord et en Océanie que sa prévalence est la plus élevée. Toutefois, les taux d'usage varient considérablement entre les régions et en leur sein (ONUDD, 2015).
- On possède des données concernant la consommation de cannabis pour un moins grand nombre de pays, mais son usage est globalement moins courant que celui d'alcool et de tabac.
- Dans les pays européens où la consommation de cannabis chez les élèves est la plus courante (comme la République tchèque, la France et le Maroc), environ un élève sur dix a consommé du cannabis au moins une fois par semaine en moyenne dans un passé récent.

Figure 6. Pourcentage d'élèves âgés de 15 à 16 ans en Europe et de 13 à 15 ans dans les autres régions ayant déjà consommé du cannabis



Source : ESPAD (Europe) et GSHS (autres régions)⁶.

⁶ Voir la note 5.



Stimulants de type amphétamine (STA)

Les STA sont un groupe de substances psychoactives composées de stimulants synthétiques (tels que l'amphétamine, la méthamphétamine et la MDMA ou « ecstasy »). Comme le cannabis, ils sont placés sous contrôle international (en vertu de la Convention sur les substances psychotropes de 1971). Particulièrement préoccupante est la consommation de STA par inhalation ou injection, dans la mesure où elle peut entraîner une rapide dépendance, et un risque accru de contracter le VIH et d'autres virus transmis par le sang.

En résumé :

- Au niveau mondial, la consommation actuelle de substances psychoactives de type amphétamine (telles

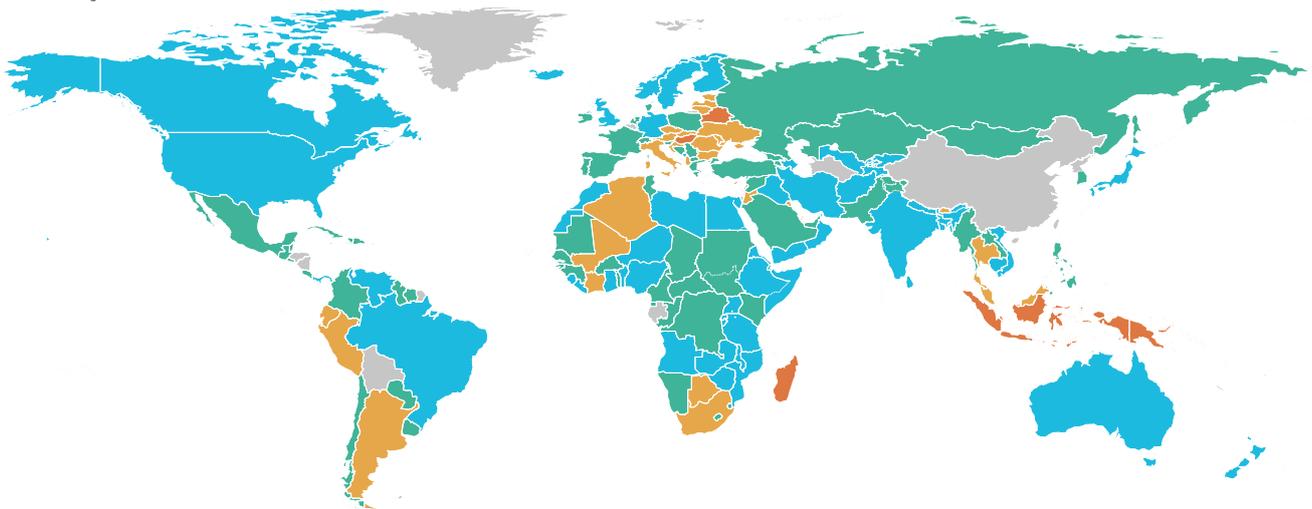
que la méthamphétamine ou l'« ecstasy ») chez les jeunes est très faible (généralement inférieure à 1 %).

- On observe de grandes différences entre régions dans les taux indiqués, et les données concernant la consommation de ces substances chez les adolescents à travers le monde ne sont pas très développées. Toutefois, sur les 66 pays signalant la consommation d'amphétamines au cours de la vie (correspondant à la mention « ayant déjà utilisé ») au sein du groupe d'âge des 13-15 ans :
 - la plupart indiquaient moins d'un élève sur 20 ayant déjà utilisé un ou plusieurs STA ;
 - neuf pays affichaient entre 5 % et 10 % ayant déjà utilisé des STA ;
 - deux pays de la région Pacifique (Samoa et les Îles Salomon) signalaient des taux supérieurs à 10 %.

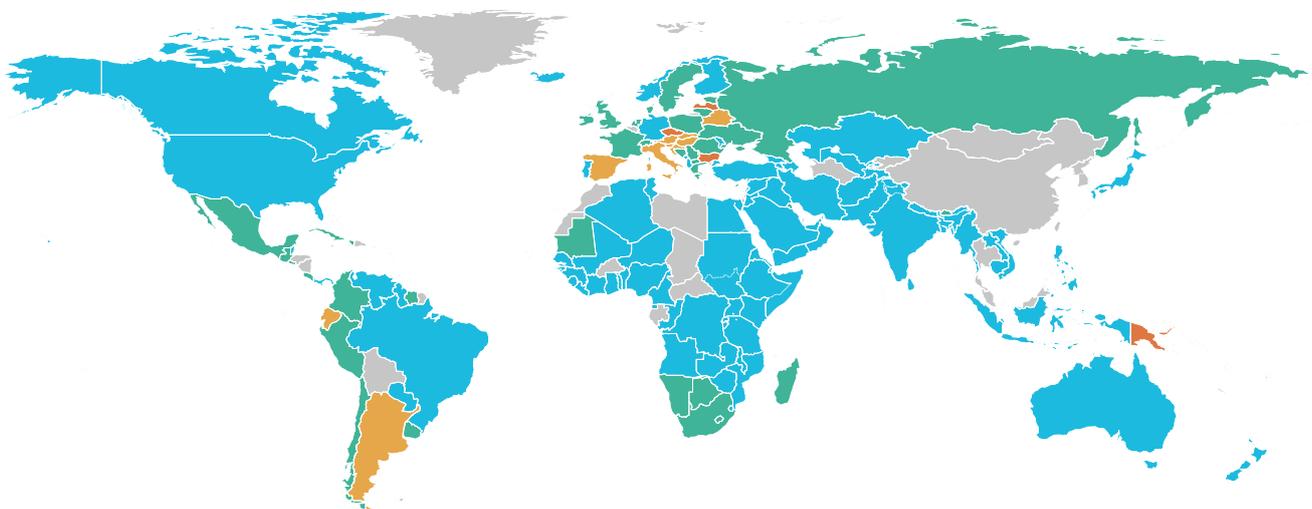
Figure 7. Pourcentage d'élèves âgés de 15 à 16 ans en Europe et âgés de 13 à 15 ans dans les autres régions ayant déjà utilisé des STA

■ <5%
 ■ 5-9%
 ■ 10-19%
 ■ 20%+
 ■ Données non disponibles

Garçons :



Filles :



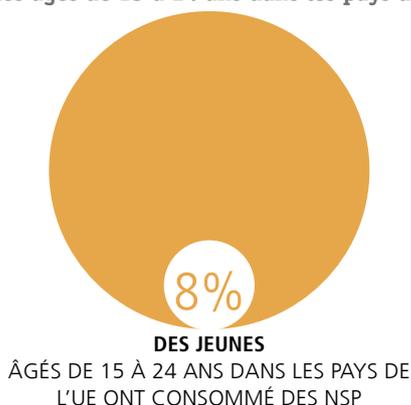
Source : ESPAD (Europe) et GSHS (autres régions)⁷.

⁷ Ibid.

Nouvelles substance psychoactives (NSP)

On a assisté ces dernières années à une rapide croissance de la consommation de nouvelles substances psychoactives (NSP), ou soi-disant « euphoriques légaux », chez les jeunes de nombreuses régions du monde. Il existe plus de 500 substances psychoactives actuellement identifiées dans le monde, dont 100 nouvelles substances psychoactives ayant été signalées pour la première fois au Système d'alerte précoce de l'Union européenne (UE) en 2015.

Figure 8. Prévalence de la consommation de NPS chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans dans les pays de l'UE



Il est souvent difficile d'estimer la prévalence de la consommation de NSP, notamment par le biais d'enquêtes en population générale. On en a une certaine idée grâce à l'Eurobaromètre Flash de 2014, qui a enquêté sur la consommation des NSP auprès d'un peu plus de 13 000 jeunes de 15 à 24 ans au sein des États membres de l'UE : elle indique que 8 % des enquêtés avaient consommé une NSP au moins une fois, et que 3 % en avait usé au cours de l'année précédente. Les niveaux les plus élevés au cours de l'année précédente avaient été observés en : Irlande (9 %) ; Espagne et France (8 % chacune) ; Slovénie (7 %). Malte et Chypre (0 %) rapportaient les niveaux les plus faibles (OEDT, 2015).

Les NSP constituent un danger dans la mesure où elles sont ou ont été facilement accessibles, qu'on ne leur attribue pas nécessairement la même menace pour la santé et le bien-être que d'autres drogues illicites plus « classiques », et qu'en outre, les services de santé peuvent avoir des difficultés à répondre aux conséquences et aux urgences sanitaires induites par leur consommation. Certains jeunes pensent à tort que les NSP sont plus sûres du fait de la perception qu'elles ont été légales ou parce qu'elles sont commercialisées dans un emballage à l'effigie d'une marque. Cette situation expose les jeunes à un risque et accroît leur probabilité de prendre part à des comportements à risque.

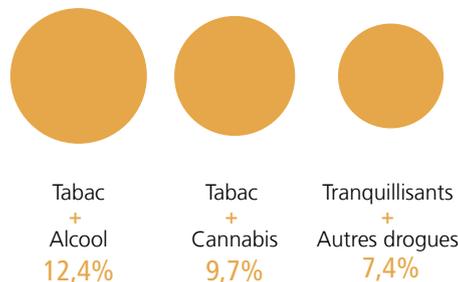
Polyusage de drogues

Le polyusage de drogues est la consommation de plusieurs substances psychoactives, souvent simultanément ou à la

suite. Les meilleures informations internationales sur le polyusage de drogues proviennent des 29 pays d'Europe qui établissent des rapports et fournissent des moyennes pour les garçons et les filles :

- Le mode le plus courant de polyusage de drogues associe le tabac (plus de cinq cigarettes par jour au cours des 30 derniers jours) et l'alcool (plus de dix prises au cours des 30 derniers jours), 12,4 % des élèves interrogés ayant signalé ce comportement.
- Le second mode le plus courant de polyusage de drogues signalé par les élèves est la consommation associée de tabac et de cannabis (s'étant déjà produite), avec un taux de 9,7 %.
- Vient ensuite la consommation de tranquillisants et d'une drogue illicite autre que le cannabis, 7,4 % ayant déjà expérimenté ce type de consommation.
- La France, Monaco et la République tchèque sont les pays présentant la plus forte prévalence d'élèves ayant indiqué faire usage de deux ou plusieurs substances psychoactives, avec des taux de 20 %, 18 % et 16 % respectivement.
- Les taux les plus faibles de polyusage de drogues s'observent en Islande, au Monténégro et en Ukraine, qui affichent des taux de 4 %, 4 % et 5 % respectivement.

Figure 9. Types et prévalence du polyusage de drogues chez les élèves de 29 pays d'Europe



Usage de drogues injectables (UDI)

Bien que l'usage de drogues injectables (UDI) soit très inhabituel chez les élèves de primaire et de secondaire, la présente section s'intéresse à cette question, dans la mesure où l'abandon des études accroît les risques associés à ce comportement.

En résumé :

- En général, l'UDI est plus fréquent chez les enfants et les jeunes vivant dans la rue. Ces jeunes ont habituellement des besoins personnels et sociaux complexes (par exemple, des problèmes de santé mentale, l'absence de logement) qui trouvent leur origine dans des difficultés de vie qui sont antérieures à l'UDI.
- La majorité des jeunes qui s'injectent des drogues vivent dans les pays à revenu faible et intermédiaire.
- Sur le nombre estimé de 12,7 millions de personnes qui s'injectent des drogues (PWID) à travers le monde, le pourcentage des moins de 25 ans n'est pas connu (OMS, 2014). Les enquêtes concernant l'usage de drogues réalisées en milieu scolaire dans les pays occidentaux

relèvent généralement environ 1 % d'élèves indiquant avoir déjà utilisé des drogues injectables.

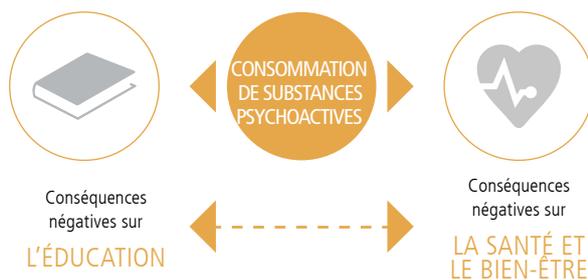
- L'âge de la première injection varie selon les régions et les pays, certaines (comme l'Europe orientale) signalant un début plus précoce. En Ukraine, par exemple, 45 % d'un échantillon de jeunes usagers de drogues injectables (âgés de 10 à 19 ans) vivant ou travaillant dans la rue ont indiqué avoir commencé cette pratique avant l'âge de 15 ans.

2.2. Conséquences de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes

Nombreux sont les jeunes qui, par curiosité, essaient une fois une substance psychoactive ou en consomment occasionnellement, et n'en subissent pas de conséquences négatives apparentes à court terme. Cependant, cet usage de substances psychoactives peut avoir des conséquences moins visibles à long terme, et beaucoup de jeunes, en outre, adoptent des modes de consommation — usage précoce, fréquent et/ou massif, polyusage ou consommation associée à la conduite, à l'activité sexuelle ou à d'autres activités — qui sont associées à des conséquences négatives à court terme. Ils peuvent alors prendre des habitudes de consommation qui se poursuivront à l'âge adulte et aboutiront à des conséquences négatives à long terme (Gore et al., 2011).

Bien que les relations de cause à effet soient souvent complexes et qu'on n'ait pas trouvé de linéarité absolue et à sens unique entre tous les usages de substances psychoactives et leurs résultats, on dispose des preuves solides du lien de causalité au moins entre la consommation fréquente d'alcool et de drogues et les résultats sanitaires, sociaux et éducatifs.

Figure 10. Conséquences de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes



Conséquences sur la santé

Il est largement prouvé que la consommation de substances psychoactives chez les enfants et les jeunes est liée à une mauvaise santé physique et mentale. Ainsi :

- La **consommation de tabac** chez les enfants et les jeunes est clairement liée à des difficultés respiratoires (Kandel et al., 1986), à l'asthme et à la rhinite (Gómez, 2009) ainsi qu'aux cancers de l'âge adulte.
- Lorsqu'elle est fréquente, la **consommation de cannabis** a été liée à un certain nombre de pathologies

physiques comme les maladies respiratoires, les maladies cardiovasculaires et les symptômes de bronchite chronique (Hall, 2015). La consommation de cannabis à l'adolescence est également associée à des taux considérablement plus élevés d'octroi d'une pension d'invalidité avant 59 ans (Danielsson, 2014). Les effets sanitaires aigus de la consommation de cannabis comprennent une anxiété accrue, des crises de panique et des symptômes psychotiques, ainsi qu'un risque accru de mortalité essentiellement causé par les accidents de voiture (Hall, 2015).

- La **consommation nocive d'alcool** chez les enfants et les jeunes est associée à un mauvais état de santé physique à l'âge adulte, comme les affections gastro-intestinales, les maladies cardiovasculaires, le cancer, un risque accru de maladies infectieuses pour cause de système immunitaire affaibli et de blessures involontaires (OMS, 2014). De plus, la consommation nocive d'alcool chez les enfants et les jeunes est liée à des effets neurocognitifs et à une diminution de l'activité du cerveau (Squeglia et al., 2009 ; Zeigler et al., 2005).
- Les **personnes qui s'injectent des drogues (PWID)** avec partage de seringues et de matériels d'injection sont plus exposées au risque de contracter le VIH et d'autres virus transmis par le sang, comme les hépatites B ou C. Les jeunes qui commencent à s'injecter des drogues peuvent être moins conscients de ces risques et moins susceptibles de savoir comment obtenir un soutien. Par suite, le risque de contracter le VIH et les maladies associées est plus grand au début de la consommation de drogues par injection (Hadland et al., 2011 ; Barrett et al., 2013).

De même, des conséquences en matière de santé mentale et des comportements sanitaires à risque similaires, y compris les risques sexuels, ainsi que la délinquance et la violence, ont été liés à la consommation d'alcool et de drogues chez les enfants et les jeunes dans des pays à revenu faible et intermédiaire comme le Chili, la Chine, la Namibie et les Philippines (Kandel, 1986 ; Page et al., 2010 ; OMS, 2005).

Les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogue sont responsables de pertes considérables d'années de vie saine (années de vie corrigées de l'incapacité ou AVCI ou DALY) chez les enfants et les jeunes à travers le monde – par exemple, **3 jours pour chaque garçon** – comme le montrent les données de l'OMS de 2012 au tableau 1.

Tableau 1. Perte d'années de vie corrigées de l'incapacité en 2012 (pour 100 000 personnes)

	Groupe d'âge des 5-14 ans		Groupe d'âge des 15-29 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Pour cause de troubles liés à la consommation d'alcool	51,9	13,9	929,2	161,1
Pour cause de troubles liés à la consommation de drogues	26,7	21,9	554,1	269,5

Conséquences sur l'éducation

Comme indiqué auparavant, la consommation de tabac, d'alcool et de drogues est souvent étroitement liée à des problèmes de santé mentale. Ces derniers peuvent affecter la motivation des élèves, et la consommation de substances psychoactives a ainsi été associée à une série de résultats négatifs sur le plan éducatif au niveau mondial, dont l'échec scolaire, l'abandon de la scolarité ou le non-achèvement de l'enseignement secondaire et post-secondaire dans un ensemble varié de régions et de pays développés et en développement (De Micheli et Formigoni, 2004 ; Munne, 2005 ; Rizk, 2005 ; ONUDC, 2009b).

Plus tôt débute la consommation de substances psychoactives, plus elle est susceptible d'avoir des conséquences négatives immédiates et un impact à long terme. Ainsi :

- La **consommation précoce du tabac** chez les adolescents est étroitement associée à une baisse de la performance académique (par ex. mauvaises notes et décrochage) (Dhavan et al., 2010 ; Stiby et al., 2015).
- L'habitude de **consommer fréquemment de l'alcool et d'être ivre** dès le plus jeune âge est particulièrement nocive, et augmente la probabilité d'un impact immédiat et durable sur le cerveau, les problèmes sociaux, la participation scolaire (par ex. exclusion de l'école, absences non autorisées) et les perspectives éducatives futures (Hemphill et al., 2014 ; Kuntsche et al., 2013).
- La **consommation précoce de cannabis** chez les adolescents a aussi été régulièrement associée à l'échec scolaire et au décrochage scolaire précoce : plus cet usage est important, moins on va loin dans les études (Silins et al., 2014 ; Stiby et al., 2015)

Figure 11. Conséquences éducatives de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes



Un autre aspect des perturbations causées par la consommation de substances psychoactives dans l'éducation est l'ensemble de conséquences nocives que font subir les élèves usagers à leurs pairs non usagers, telles que les perturbations de leur temps d'étude, les insultes ou humiliations, et les dommages aux biens (US Department of Justice, 2012). Au sein des écoles, les consommateurs de substances psychoactives peuvent perturber le déroulement des cours et faire perdre des ressources qui auraient été destinées aux activités scolaires. Le Ministère de l'éducation du Royaume-Uni estime que, dans l'ensemble, le faible niveau d'études atteint du fait de la consommation de

substances psychoactives chez les enfants et les jeunes coûte à l'économie du pays 80 700 livres sterling par usager de substances psychoactives (Department of Education, 2011).

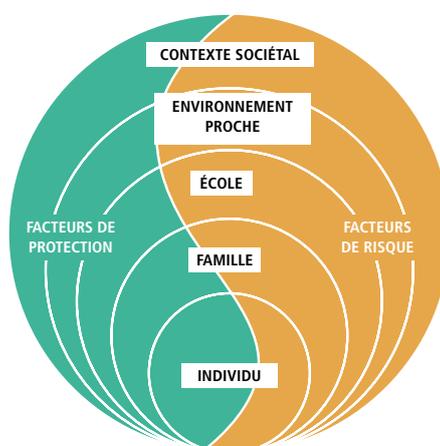
Le lien entre la participation scolaire, la consommation de substances psychoactives et d'autres facteurs tels que les troubles de l'humeur est complexe. Ces divers problèmes proviennent souvent des mêmes facteurs (Kipping et al., 2012). La prévention de la consommation de substances psychoactives fondée sur des données probantes vise à s'attaquer à ces facteurs et peut donc se révéler efficace non seulement en prévenant ou en retardant la consommation de substances, mais aussi en amenant de diverses manières une amélioration de la performance scolaire et du fonctionnement en société.

2.3. Raisons pour lesquelles certains jeunes consomment des substances psychoactives et d'autres non

Certains enfants et jeunes, du fait de leurs caractéristiques individuelles et de l'environnement dans lequel ils vivent, risquent plus que les autres de se mettre à consommer des substances psychoactives.

Ces caractéristiques et spécificités environnementales sont appelées facteurs « de risque » ou facteurs « de protection », selon qu'elles ont pour effet d'augmenter ou de réduire la probabilité pour un jeune de devenir usager de substances psychoactives. Chacun est confronté à une combinaison de facteurs de risque et de facteurs de protection, et leur interaction (nombre, intensité, fréquence, durée) au cours de l'adolescence prédit s'il y aura ou non consommation de substances psychoactives.

Figure 12. Catégories de facteurs influençant le risque de consommation de substances psychoactives chez un jeune



Les facteurs de risques et les facteurs de protection déterminent le développement d'un individu pendant toute son existence, de la conception à l'enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte. On peut visualiser plus facilement ce jeu réciproque entre facteurs en utilisant une perspective « écologique », qui place l'enfant ou le jeune au centre d'un ensemble de sphères

de plus en plus grandes représentant les environnements dans lesquels il vit (famille, école, communauté et société) (Bronfenbrenner et Ceci, 1994).

Le niveau global de risque ou de protection dans la vie d'un enfant est le fruit de l'interaction entre ses caractéristiques personnelles et les expériences réalisées au sein des différentes sphères où il est appelé à évoluer au cours de son existence. Ainsi, un faible attachement enfant-parent au cours de la petite enfance peut contribuer à l'apparition précoce de problèmes comportementaux, qui peuvent ensuite affecter la performance scolaire et les relations avec les pairs. D'un autre côté, l'introduction de programmes de prévention scolaire fondés sur des données probantes peut améliorer sa capacité à interagir avec ses enseignants et ses pairs, éviter d'autres problèmes de comportement et l'aider à entretenir de meilleures relations avec ses parents.

Les événements survenus durant les premières périodes de la vie influencent le cours ultérieur de l'existence. Ainsi, les premières expériences peuvent avoir pour effet de définir la trajectoire de l'enfant pour le restant de sa vie, qu'elle soit positive ou négative (Webster-Stratton et Taylor, 2001). La vie d'un enfant peut être marquée par des événements importants (tel qu'un déménagement dans un logement confortable) ou par des transitions majeures (telles que le passage de l'école primaire à l'enseignement secondaire), ou par un programme de prévention qui contre les facteurs de risque et infléchit une trajectoire négative précoce.

Tableau 2. Facteurs associés à la consommation de substances psychoactives chez les adolescents⁸

	Facteurs de risque	Facteurs de protection
INDIVIDU	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs génétiques • Problèmes d'attention, de santé mentale et de conduite • Troubles du comportement Délinquance et problèmes comportementaux • Problèmes de santé mentale (par ex. recherche de sensations fortes, anxiété) • Attitude favorable à la consommation de substances psychoactives • Perception que la consommation de substances psychoactives est quelque chose de courant 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportement prosocial (par ex. tempérament accommodant) • Compétences en langue et en calcul adaptées à l'âge (compétences cognitives) • Compétences sociales et émotionnelles (par ex. maîtrise des impulsions, identité bien définie) • Tempérament prudent
FAMILLE	<ul style="list-style-type: none"> • Tabagisme maternel • Attitudes parentales favorables à la consommation de substances psychoactives • Conflit parent-adolescent • Consommation de substances psychoactives par les parents ou les frères et soeurs • Problèmes de santé mentale chez les parents ou les frères et soeurs • Violence et négligence parentales • Mauvaise gestion familiale • Pauvreté matérielle • Situation familiale instable 	<ul style="list-style-type: none"> • Attachement à la famille • Communication, règles et gestion parentales équilibrées • Harmonie parentale • Parents chaleureux, réceptifs et compréhensifs, réussissant à créer des liens d'attachement • Engagement spirituel
ENVIRONNEMENT PROCHE	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de contacts positifs avec les adultes • Disponibilité des substances psychoactives • Normes sociales permissives et acceptabilité de la consommation de substances psychoactives 	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'adultes attentionnés extérieurs à la famille • Participation aux activités communautaires
ÉCOLE	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'accès à l'éducation • Absentéisme, absences non autorisées et décrochage • Harcèlement (en tant que responsable ou victime) • Échec scolaire précoce • Désintérêt pour l'école • Mauvaise performance scolaire • Pairs consommateurs de substances psychoactives 	<ul style="list-style-type: none"> • Accès et maintien à l'école • Achèvement de la scolarité secondaire • Désir de réussite scolaire • Politiques évitant les exclusions de l'école • Promotion des liens entre enseignants, parents et élèves
SOCIÉTÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Tactiques de manipulation intensive et ciblée déployées par les industriels du tabac et de l'alcool en direction des enfants et des adolescents. • Facilité d'accès aux substances psychoactives • Le fait de vivre dans une zone de conflit, d'être une personne déplacée, ou d'être victime de troubles politiques ou d'une catastrophe naturelle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lois interdisant ou limitant la publicité de la consommation d'alcool et de tabac auprès du public • Lois interdisant aux enfants la consommation d'alcool et de tabac • Modèles de rôle adultes positifs

⁸ Pour en savoir plus sur les facteurs de risque et les facteurs de protection concernant la consommation de substances psychoactives chez les jeunes, voir : Cleveland et al., (2008) ; Hawkins et al., (1992) ; et ONUDC, 2013 (appendice II, annexe I).

Les facteurs exposant le jeune au risque, ou au contraire le protégeant, de la consommation de substances psychoactives, sont largement les mêmes que ceux qui sont liés à d'autres comportements problématiques (comme la violence, l'activité criminelle, les comportements sexuels à risque et l'échec scolaire)(de la Haye et al., 2014 ; de Looze et al., 2014). Ils exigent l'application d'une approche bien coordonnée, globale et fondée sur les droits, qui donne aux enfants et aux jeunes les moyens nécessaires pour tirer profit des facteurs de protection et remédier aux facteurs de risque.

2.4. Le rôle du secteur de l'éducation

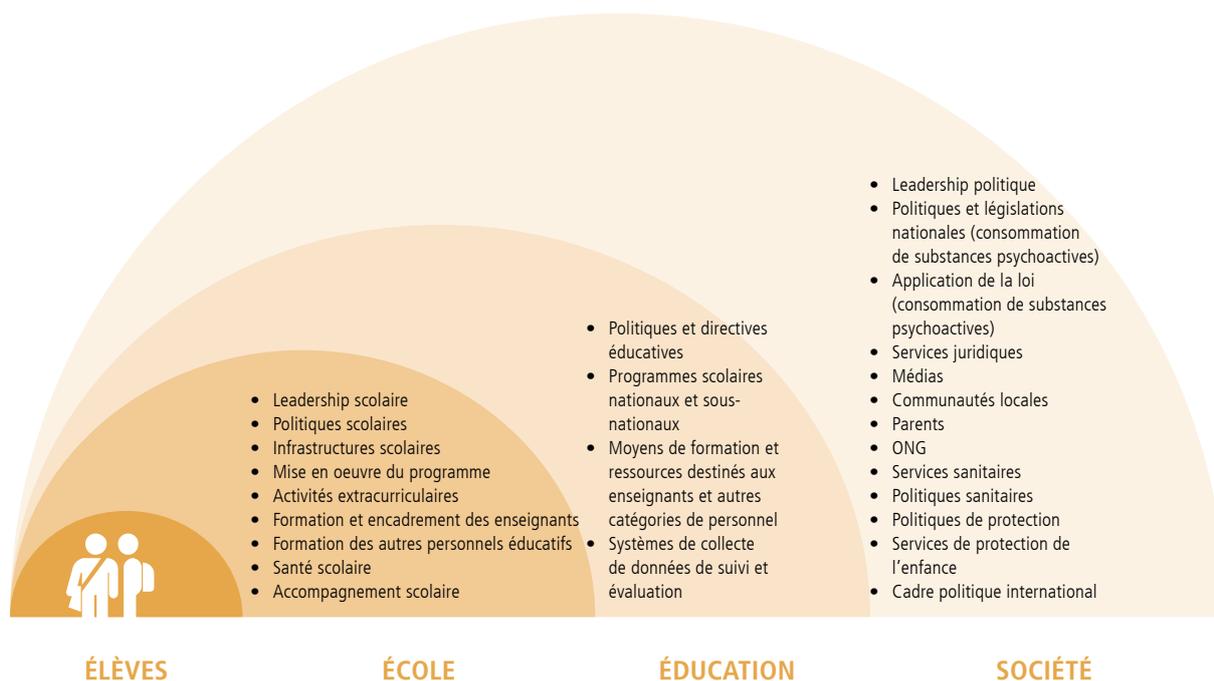
Comme indiqué à la Section 2.3, il existe une série de facteurs – d'ordre individuel, familial, scolaire, environnemental et sociétal – qui peuvent encourager ou au contraire prévenir la consommation de substances psychoactives chez les jeunes. Face à cette situation, l'idéal

est que chaque secteur travaillant avec les jeunes et les impliquant (par ex. familles, écoles, médias, organismes d'aide à la jeunesse, groupes religieux, entreprises et centres de loisirs, pour ne citer qu'eux) intègre la promotion de la santé et la prévention de la consommation de substances psychoactives à ses politiques et à ses pratiques en vue de favoriser les facteurs de protection et de combattre les facteurs de risque, selon ses compétences respectives.

Au niveau national, l'intervention du secteur de l'éducation est plus efficace dans le cadre d'un système ou d'une stratégie intégrés et à long terme de prévention et de lutte contre la consommation de substances psychoactives qui cible les différents âges et niveaux de vulnérabilité à travers un large éventail de secteurs.

Il existe, au sein du secteur de l'éducation, une diversité d'acteurs et de systèmes formant un riche « écosystème » de réponses du secteur de l'éducation (voir la figure 13).

Figure 13. Écosystème de réponses du secteur de l'éducation à l'échelon national



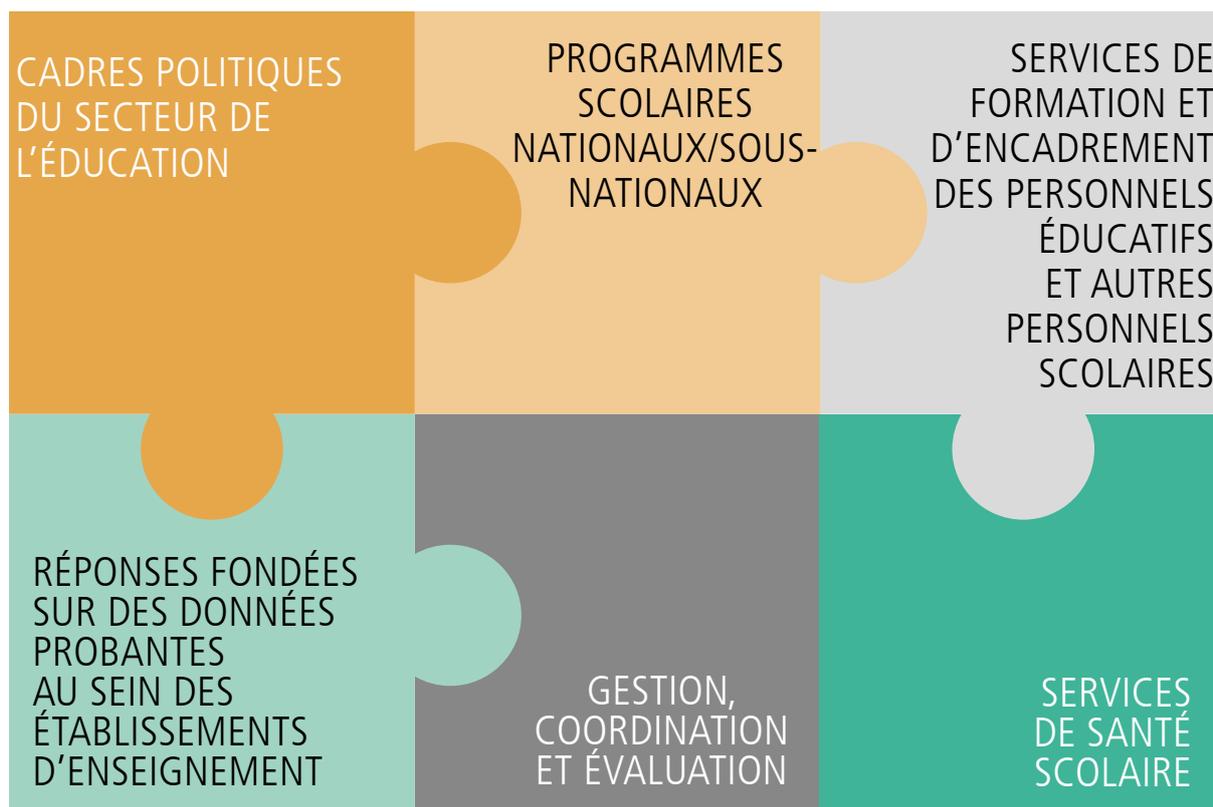
Cet écosystème peut être perçu idéalement comme l'éventail des possibilités de protection pouvant être déployé par le secteur de l'éducation pour répondre à la consommation de substances psychoactives. Ces possibilités constituent les éléments d'une réponse efficace du secteur de l'éducation, laquelle – avec des différences structurelles au niveau national et sous-national d'un pays à l'autre – comprend :

- un cadre politique destiné à prévenir et à combattre la consommation de substances psychoactives chez les enfants et les jeunes ;

- des programmes scolaires nationaux et/ou sous-nationaux (contenus et méthodes de transmission de ces contenus) comprenant une éducation à la prévention fondée sur les compétences ;
- des services de formation et d'encadrement destinés aux enseignants, aux personnels de santé scolaire et aux autres personnels de l'éducation, leur permettant de planifier, élaborer et mettre en œuvre une stratégie globale d'intervention au sein des écoles ;
- des interventions fondées sur des données probantes relatives aux programmes scolaires mis en œuvre dans les établissements d'enseignement ;

- des interventions fondées sur des données probantes relatives à l'environnement scolaire mises en œuvre dans les établissements d'enseignement, y compris des politiques concernant la prévention de la consommation de substances psychoactives à l'école, ainsi que d'autres interventions fondées sur des données probantes menées au sein des établissements ;
- des services de santé scolaire, apportant à la fois des mesures de prévention et de soin et des mesures d'accompagnement aux jeunes consommateurs de substances psychoactives ;
- la gestion, la coordination et l'évaluation de la réponse du secteur de l'éducation, y compris un suivi de la prévalence de la consommation de psychoactives chez les enfants et les jeunes.

Figure 14. Les éléments d'une réponse globale du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives



Mis en œuvre conjointement, ces différents éléments ont le plus de chances de produire des résultats positifs quant à la consommation de substances psychoactives au cours de l'adolescence et au-delà, en protégeant les élèves de la consommation de ces substances et d'autres comportements à risque lorsqu'ils seront adultes.



3. POLITIQUES RATIONNELLES ET BONNES PRATIQUES CONCERNANT LES RÉPONSES DU SECTEUR DE L'ÉDUCATION À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

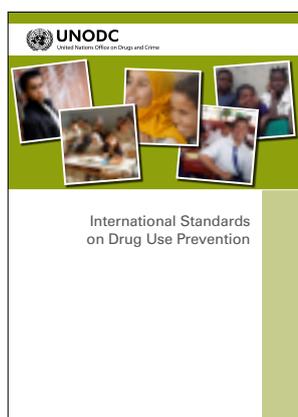
Le secteur de l'éducation peut apporter une réponse holistique à la consommation de substances psychoactives sans que cela exige nécessairement un surcroît de moyens. Il peut parfois suffire de réaffecter des ressources existantes et de les utiliser de façon plus optimale en adoptant une approche différente. Dans d'autres cas, on pourra avoir besoin de quelques investissements dans de nouvelles ressources. Il reviendra aux décideurs d'évaluer l'intérêt d'engager de nouvelles dépenses, plutôt que de ne rien faire ou d'intervenir de la mauvaise façon.

3.1. Principes clés des réponses du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives

Baser toutes les réponses sur des données scientifiques

Pour qu'elle soit sûre et efficace, tous les ingrédients d'une réponse holistique du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives doivent reposer sur des preuves avérées, et leur mise en oeuvre doit aussi être suivie et évaluée. Certains programmes appliqués en milieu scolaire obtiennent d'excellents résultats. Mais beaucoup d'autres, même lorsqu'ils semblent s'appuyer en partie sur des données probantes, se révèlent inefficaces, ce qui souligne l'importance d'appliquer des approches dûment validées. Les **Normes internationales de prévention de l'usage de drogues** de l'ONUDC, où sont décrites les approches préventives ayant fait la preuve de leur efficacité, ainsi que leurs caractéristiques, sont une ressource utile pour planifier une réponse holistique au sein du secteur de l'éducation (ONUDC, 2013). Une fois identifiés les types d'approches préventives qui semblent le plus adaptés à une situation donnée, on pourra consulter utilement les répertoires de programmes de prévention fondés sur des données probantes existants (comme ceux qui sont tenus aux États-Unis par la SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) ou le programme Blueprints for Healthy Youth Development).

Figure 15. Normes internationales de prévention de l'usage de drogues



Opter pour des approches qui ne sont pas validées par des données probantes représente, au mieux, une perte de possibilités : avec des moyens et des efforts similaires, on aurait pu obtenir des effets positifs en matière d'usage de substances psychoactives chez les enfants et les jeunes. Mais il y a pire. Certains programmes ont en effet provoqué une augmentation de la consommation de substances psychoactives, par exemple en attisant la curiosité de certains jeunes, ou en favorisant involontairement des comportements déviants (Rorie et al., 2011 ; ONUDC, 2013).

Fixer des objectifs correspondant à la prévalence et aux modes de consommation de substances psychoactives

Le secteur de l'éducation devrait fixer ses objectifs en s'appuyant sur des données probantes concernant la prévalence et les modes de consommation de substances psychoactives, qui varient généralement avec l'âge des élèves. Par exemple, si la plupart des élèves n'ont encore jamais consommé d'alcool, un objectif adéquat sera de prévenir ou de retarder le premier usage d'alcool ; si, au contraire, un grand nombre d'élèves ont essayé l'alcool, un objectif adéquat sera d'en prévenir la consommation chez ceux qui n'ont pas encore commencé ou de retarder la première prise, en même temps que de prévenir ou de réduire la consommation nocive, les modes de consommation nocifs et leurs conséquences sanitaires et sociales (par ex. alcoolisme, intoxication et conduite en état d'ivresse) chez ceux qui ont déjà essayé l'alcool ou en consomment.

Figure 16. Fixer des objectifs correspondant à la prévalence et aux modes de consommation de substances psychoactives chez les enfants et les jeunes

LORSQUE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES N'A PAS COMMENCÉ

- Prévenir le début de la consommation de substances psychoactives
- Retarder le début de la consommation de substances psychoactives

LORSQUE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES A COMMENCÉ

- Réduire la consommation de substances psychoactives
- Prévenir les troubles liés à la consommation de substances psychoactives

LORSQUE LA CONSOMMATION ET LA CONSOMMATION NOCIVE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES SONT COURANTES

- Fournir des services de dépistage, d'intervention ponctuelle et d'orientation vers des traitements
- Prévenir et atténuer les conséquences de la consommation de substances psychoactives

Il est clair que l'objectif consistant à prévenir ou retarder le début de la consommation de substances psychoactives est approprié pour tous les groupes d'âge. Mais d'autres objectifs seront parfois tout aussi pertinents :

- prévenir la progression vers des troubles liés à la consommation lorsque celle-ci a déjà commencé, ainsi que l'incidence des comportements les plus risqués (par ex. consommation fréquente et/ou excessive, polyusage

de drogues, consommation combinée à la conduite ou à l'activité sexuelle).

- prévenir les conséquences à court terme provoquées par la consommation de substances psychoactives (par ex. accidents de voiture, infections sexuellement transmissibles, grossesses, blessures, overdoses) dans des lieux ou à des âges où la consommation de substances psychoactives et en particulier les modes de consommation nocifs sont courants (McBride et Farrington, 2004). Un exemple serait d'apprendre comment intervenir auprès d'un jeune qui a fait un malaise au cours d'une soirée ou comment se comporter lorsque quelqu'un qui est ivre a l'intention de conduire. Également, s'agissant de ce type de groupes cibles, il est important de fournir un soutien global comprenant des services de dépistage et d'orientation vers des traitements et tout autre service de soutien nécessaire.

Outre la prévention de la consommation de substances psychoactives, d'autres objectifs pertinents et prioritaires dans le contexte donné, et qui peuvent être atteints tout en prévenant la consommation de substances psychoactives, peuvent faciliter la planification de la prévention. Il peut s'agir, par exemple, de prévenir les absences scolaires non autorisées et la violence scolaire, y compris le harcèlement.

Intervenir précocement et auprès de tous les groupes d'âge

Les données disponibles indiquent que la prévention est la plus efficace lorsque :

- elle débute tôt
- elle couvre tous les groupes d'âge
- elle cible plus particulièrement les périodes critiques de transition (par ex. le passage du primaire au secondaire).

Outre les activités de prévention universelles, adressées à l'ensemble de la population, une réponse holistique cible différentes sous-populations, notamment celles qui sont particulièrement vulnérables. Il est important de veiller à ce que les activités soient toujours appropriées et adaptées à l'âge et au niveau de risque de la population ciblée.

Du fait des évolutions cruciales intervenant dans le développement des enfants au cours **des années préscolaires**, on a démontré que la consommation de substances psychoactives était l'un des problèmes sur lequel peuvent influencer les programmes destinés à la petite enfance (c'est-à-dire ceux qui s'adressent aux enfants de 2 à 5 ans). On a pu constater leur effet positif sur certaines mesures de consommation ultérieure de substances psychoactives (à savoir, le tabagisme, la consommation de cannabis et la consommation de médicaments prescrits) (D'Onise et al., 2010 ; ONUDC, 2013).

Au cours des **années de scolarité primaire**, l'exposition directe à diverses substances psychoactives (à l'exception des médicaments) restera limitée chez la plupart des enfants. Cependant, la prévention de la consommation de

substances psychoactives fondée sur des données probantes au cours de cette période peut renforcer les facteurs de protection et prévenir un usage ultérieur lors du passage des enfants dans l'enseignement secondaire.

Au cours des **années de scolarité secondaire**, les élèves dans de nombreux endroits courent le risque d'être exposés à des possibilités d'essayer l'alcool, le tabac et les drogues, tout en étant soumis à de multiples agents stressants qui les rendent plus vulnérables à la consommation de substances psychoactives. Ils tireront donc profit de la mise en oeuvre durable de programmes scolaires fondés sur des données probantes traitant ces questions.

Les nombreux bénéfices des programmes mis en oeuvre au cours des années préscolaires proviennent de leur capacité à s'attaquer aux facteurs de risque profonds, tels que mauvaise gestion familiale, stress parental causé par l'accumulation des problèmes socioéconomiques, problèmes de comportement de l'enfant ou mauvaise préparation à l'école. Si rien n'est fait, ces facteurs peuvent provoquer une série de problèmes scolaires et sociaux à l'adolescence et à l'âge adulte, y compris des problèmes de consommation de substances psychoactives.

Beaucoup de programmes de la petite enfance existants s'adressent aux enfants de communautés défavorisées. Cela se justifie par le fait que ces enfants ont aussi le plus à gagner de ces programmes. Il s'agit d'interventions intensives et relativement coûteuses. Mais il convient de les considérer comme d'importants investissements sociétaux, procurant des bénéfices considérables, y compris en ce qui concerne la possible consommation ultérieure de substances psychoactives.

Un exemple célèbre est celui du programme préscolaire Perry, dont l'étude randomisée a suivi les enfants jusqu'à l'âge de 40 ans, et conclu que ceux qui avaient bénéficié chaque jour pendant deux ans de 2 heures et demi d'une formation de qualité, accompagnée de visites hebdomadaires aux familles, en ont recueilli les bénéfices à long terme dans une série de domaines essentiels, comme la réussite scolaire, le niveau de revenus, le degré de criminalité et la consommation de substances psychoactives. Une analyse économique montre que ce programme a épargné 7,16 dollars EU pour chaque dollar dépensé (Schweinhart, 2004).

3.2. Éléments constitutifs d'une réponse holistique du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives

3.2.1. Cadres politiques et stratégiques du secteur de l'éducation

i. Politiques nationales du secteur de l'éducation en matière de prévention de la consommation des substances psychoactives

Une majorité de pays ont des politiques ou des stratégies ou plans d'action concernant le tabagisme et la réduction de l'offre et de la demande de drogues, et beaucoup ont des politiques ou des stratégies séparées concernant l'alcool. La tendance est toutefois à l'adoption de politiques ou de

stratégies globales et équilibrées intégrant les différentes substances psychoactives.

Les stratégies actuelles de lutte contre la consommation de substances psychoactives reposent de plus en plus sur la conviction qu'il s'agit d'abord et avant tout d'un problème sanitaire⁹ qu'il y a lieu de traiter par une série de mesures de réduction de la demande associant des interventions précoces, des services de traitement et de rééducation, des mesures de réadaptation et de réinsertion sociale, et des mesures destinées à atténuer les conséquences sanitaires et sociales de l'abus de substances psychoactives (CND, 2014). L'ensemble de ces fonctions, y compris la prévention, relève de la compétence du système de santé publique. Par conséquent, si ce n'est pas lui qui pilote la stratégie de lutte contre les drogues, il devra lui être étroitement associé.

L'élément de prévention de la stratégie de lutte contre les drogues peut aussi agir en lien avec les stratégies ou systèmes de développement de la jeunesse, de la famille et de la communauté qui, dans de nombreux pays, accordent souvent la priorité aux plus vulnérables, et visent à promouvoir les facteurs de protection et la résilience de ces populations.

Compte tenu de cette diversité de mandats gouvernementaux, la prévention de la consommation de substance psychoactives ainsi que de ses conséquences sanitaires et sociales bénéficie non seulement de la participation active du ministère de la santé, mais aussi des liens étroits entre l'ensemble des ministères et organismes concernés - à savoir, en général, le ministère de l'éducation, les ministères chargés de la justice et de l'intérieur, de la lutte contre la toxicomanie, et de la jeunesse, de la famille, et des affaires sociales et communautaires. Pour mettre une stratégie en oeuvre, ces ministères doivent s'assurer la participation active des organisations non gouvernementales (ONG), qui ont un rôle important à jouer, compte tenu de leurs modes d'intervention et de leurs relations avec les jeunes.

ÉTUDE DE CAS 1 : Une approche fondée sur les données probantes : intérêt de la recherche et du plaidoyer politique pour la prévention du tabagisme de la jeunesse en Inde

En Inde, le tabagisme au sein de la jeunesse est un grave problème de santé publique, qui se manifeste par l'augmentation du nombre des fumeurs, notamment dans les zones urbaines, et la baisse de l'âge de la première cigarette. Face à ce fléau, les ONG nationales et les chercheurs des universités ont lancé il y a quelques années un effort concerté et de longue haleine appuyé sur les données scientifiques et le plaidoyer politique.

Ils ont tout d'abord procédé à une recherche formative rigoureuse afin de comprendre les intérêts, les caractéristiques et les besoins de la jeunesse ciblée. Plusieurs articles scientifiques ont été rédigés pour documenter et analyser les différents facteurs de risque et de protection des enfants et de la jeunesse de l'Inde concernant la consommation du tabac.

Les modèles ayant réussi en Occident ont été traduits en vue de leur utilisation en Inde. L'ensemble des matériels ont été testés afin de garantir l'adéquation culturelle et contextuelle du programme. Pour s'attaquer aux multiples facteurs de risque, deux programmes à vocation scolaire, HRIDAY-CATCH et Project MYTRI (chacun reposant sur un éventail d'éléments tels que programmes en classe, affiches scolaires, cartes postales destinées aux parents, militantisme de jeunes pairs éducateurs) ont été mis en oeuvre et évalués. L'évaluation, réalisée dans les deux cas sous la forme d'une étude contrôlée randomisée minutieuse, a montré leur effet positif sur le tabagisme actuel et les intentions de fumer dans le futur.

Ces résultats ont ensuite servi de point de départ à un effort concerté de plaidoyer en faveur de l'extension des programmes antitabac dans les écoles de l'Inde. Toutes sortes de moyens ont été déployés à cette fin : plaidoyer auprès des décideurs, sensibilisation médiatique, campagnes publiques et mobilisation des communautés. Le résultat des évaluations a ainsi été transmis au Ministère de la santé et du bien-être familial, au gouvernement indien et à d'autres parties prenantes lors de diverses réunions. Une autre stratégie efficace a consisté à faire appel à de jeunes militants de l'éducation à la santé, qui ont pu se saisir eux-mêmes de ce problème de santé des jeunes tout en faisant montre de leurs compétences en matière de plaidoyer.

Tous ces efforts ont payé. Ils ont en effet persuadé le gouvernement indien d'étendre la prévention scolaire à l'ensemble du pays en faisant de la programmation antitabac un élément clé du Programme national de lutte contre le tabagisme. Le gouvernement a demandé aux activistes de la santé publique de l'aider à préparer des principes directeurs étayés par les données de la recherche pour les programmes de santé scolaire. Le curriculum de prévention du tabagisme a ensuite été mis à la disposition de tous les établissements du pays par le Bureau central de l'enseignement secondaire.

Pour en savoir plus : <https://www.phfi.org/our-activities/health-promotion>

Le secteur de l'éducation nationale a clairement pour mission de répondre à la consommation de substances psychoactives à travers un discours politique qui, généralement, invite le système éducatif à assumer la responsabilité de promouvoir auprès des élèves « la santé et la sécurité », des « modes de vie sains » ou « des compétences indispensables à la vie courante ». Par exemple, au sein de la région Europe orientale et Asie centrale, la plupart des pays poursuivent l'objectif primordial de prévention de la consommation de substances psychoactives en adoptant des lois éducatives obligeant les écoles à développer des compétences et à promouvoir une culture encourageant des modes de vie et des comportements sains chez les enfants et les jeunes (UNESCO, 2015b).

Dans ce cadre, les politiques de prévention de la consommation de substances psychoactives des secteurs de l'éducation nationale ont pris diverses formes, que l'on peut classer comme suit :

⁹ On part ici du principe que la dépendance aux substances psychoactives est le produit d'une interaction complexe entre des vulnérabilités génétiques, biologiques et psychologiques et l'environnement des personnes, à laquelle on répond mieux par des traitements que par des mesures punitives.

- **Politiques obligatoires concernant la consommation de substances psychoactives à l'école** : les politiques nationales peuvent établir des politiques scolaires obligatoires de prévention de la consommation de substances psychoactives et de leurs conséquences sanitaires et sociales dans les écoles. Il s'agit le plus souvent de l'interdiction pure et simple des substances psychoactives (consommation, vente, publicité) dans l'enceinte des établissements scolaires ou leurs environs immédiats. La réglementation scolaire relative à la consommation de substances psychoactives s'étend aussi souvent aux comportements des enseignants et des autres adultes, et aux politiques concernant la gestion des incidents liés à la consommation de substances psychoactives dans l'enceinte scolaire.
- **Éducation obligatoire à la santé et à la prévention de la consommation de substances psychoactives** : les politiques nationales de l'éducation peuvent instituer l'obligation pour les écoles de dispenser une éducation et une formation concernant la santé et/ou la consommation de substances psychoactives. Celles-ci sont souvent incorporées à d'autres disciplines, comme les sciences ou l'éducation physique, ou constituent un enseignement sanitaire ou de formation aux compétences personnelles distinct. Ceci implique souvent que les méthodes et les contenus préventifs font partie de la formation obligatoire des enseignants.
- **Prestation de services de santé scolaire** : les politiques nationales peuvent rendre obligatoire la mise en oeuvre de services de santé scolaire. Ceux-ci permettent d'offrir un ensemble de services sanitaires accessibles aux élèves comprenant des services de prévention, et des services médicaux/infirmiers généralistes ou d'urgence. Ils peuvent faire appel à un éventail de personnels, telles qu'infirmières scolaires, conseillers, psychologues scolaires et autres professionnels de la santé mentale. Ces services contribuent souvent à l'éducation préventive, au développement de la santé scolaire et aux politiques relatives à la consommation de substances psychoactives, au dépistage et aux interventions précoces et aux connexions avec les services sociaux et sanitaires.
- **Normes nationales de qualité pour les efforts de prévention en milieu scolaire** : la prévention de la consommation de substances psychoactives à l'école peut être encouragée et guidée par des normes de qualité.

Elles sont de plus en plus nombreuses (par ex. Normes de qualité européennes pour la prévention de la toxicomanie¹⁰ ; Normes canadiennes de prévention de l'abus de substances psychoactives en milieu scolaire¹¹, et plaident généralement pour une programmation fondée sur des données probantes, une planification et une conception judicieuses, une globalité d'intervention, des activités de suivi, d'évaluation et de formation professionnelle et la durabilité des programmes. Les normes de qualité aident à soutenir les initiatives politiques nationales et à guider les écoles dans leur mission de promotion de la santé et de prévention de la consommation de substances psychoactives.

¹⁰ Voir <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

¹¹ Voir <http://www.ccsa.ca/Eng/topics/Children-and-Youth/Drug-Prevention-Standards/Pages/default.aspx>

- **Suivi de la consommation de substances psychoactives chez les enfants et les jeunes** : certains pays participent à un suivi mondial ou régional ou effectuent un suivi national de la prévalence de la consommation de substances psychoactives chez les enfants et les adolescents. Il ne s'agit pas d'une activité du secteur de l'éducation en soi, mais elle n'en indique pas moins le caractère prioritaire de cette question, apportant une mesure de validation et, surtout, des conseils, pour les activités de prévention en milieu scolaire.

ii. Cadres internationaux guidant la réponse du secteur de l'éducation

La réponse nationale du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives sera d'autant plus crédible, et aura le plus de chances d'être soutenue, qu'elle s'appuiera sur des priorités sociétales plus larges. Une série d'instruments internationaux prévoient, de manière plus ou moins explicite, la responsabilité incombant aux divers secteurs, y compris au secteur de l'éducation, de prévenir et de réduire le plus possible les dommages causés par la consommation de substances psychoactives chez les enfants et les jeunes. Les principaux sont les suivants :

- Initiatives politiques internationales stipulant le droit des enfants et des jeunes à la santé et à la sécurité :
 - Pacte international relatif aux droits civiques et politiques (1966) ;
 - Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (1989) ;
 - Cadre d'action de Dakar - Éducation pour tous (2000) et Déclaration d'Incheon - Éducation 2030 : vers une éducation inclusive et équitable de qualité et un apprentissage tout au long de la vie pour tous (2015) ;
 - Déclaration et Plan d'action « Un monde digne des enfants » (2002) ;
 - Cadre mondial de suivi des Nations Unies (2013).
- Conventions récentes axées sur la gestion des substances psychoactives et de leur consommation en appelant à une action générale :
 - Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (2005) ;
 - Déclaration politique et Plan d'action sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue (2009) ;
 - Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire la consommation nocive de l'alcool (2010).
- Conventions internationales des Nations Unies offrant un cadre aux efforts de lutte contre l'offre et la demande de drogues illicites :
 - Convention unique sur les stupéfiants (1961) ;
 - Convention sur les substances psychotropes (1971) ;
 - Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et substances psychotropes (1988).
- Exemples d'initiatives plus récentes pouvant orienter et mandater les réponses du secteur de l'éducation :
 - Dans le Programme de développement à l'horizon 2030 adopté en 2015, les États membres des Nations Unies se sont engagés à renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives d'ici à 2030 (sous-objectif 3.5).

- La Commission des stupéfiants (CND) a appelé les États membres à « concevoir et mettre en place, selon qu'il convient, un vaste système de prévention primaire et d'intervention précoce fondé sur des données scientifiques, telles que les Normes internationales en matière de prévention de l'usage de drogues et d'autres mesures telles que des activités pédagogiques et des campagnes interactives » (CND, 2014).
- Le Document final de la Session extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS) sur la drogue, organisée en 2016, souligne la nécessité d'adopter une démarche équilibrée, basée sur la santé et les droits de l'homme, pour s'attaquer au problème mondial de la drogue, et réaffirme l'importance de la prévention et du traitement.
- Ces initiatives stratégiques mondiales ont informé (et/ou sont à leur tour étayées par) des instruments politiques régionaux concernant la santé et la consommation de substances psychoactives couvrant une série de pays ou de continents. Par exemple :
 - Sur le continent américain, la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues (CICAD) offre une direction et des orientations aux États membres à travers la Stratégie hémisphérique des drogues (2010) et ses divers plans d'action en cours.
 - En Europe, les instruments politiques concernant la prévention de la consommation de substances psychoactives à l'école sont : la Charte sociale européenne, le Plan drogue de l'Union européenne, la Stratégie antidrogue de l'UE et la Directive de l'UE sur les produits du tabac. Sur son portail sur les bonnes pratiques, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) fournit aux décideurs et aux praticiens des exemples et des examens de données, dont des interventions menées au sein du secteur de l'éducation¹². Les Normes de qualité européennes en matière de prévention de la toxicomanie (EDPQS), élaborées par le Partenariat européen pour les normes de prévention à partir d'un projet d'étude cofinancé par l'UE, proposent un ensemble de principes permettant d'améliorer et d'évaluer la qualité de la prévention de la toxicomanie, et offrent une ressource complète, décrivant l'ensemble des éléments constitutifs des actions de prévention¹³.
 - Le Bureau international des stupéfiants et de l'application de la loi (INL) du Département d'État américain soutient un effort international d'amélioration des services de prévention de la consommation de substances psychoactives en fournissant une éducation et une formation sur les interventions et les politiques de prévention et de traitement fondées sur des données probantes via son Curriculum de prévention universel (UPC).

¹² Voir <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice#view-answer2>

¹³ Voir <http://prevention-standards.eu/standards/>

ÉTUDE DE CAS 2 : Une pratique prometteuse : le programme scolaire de prévention de la consommation de substances psychoactives en Ukraine

En Ukraine, la Norme d'État pour l'éducation de base et l'enseignement secondaire complet prévoit que les écoles dispensent des programmes de prévention de la consommation de substances psychoactives et de promotion de modes de vie sains dans le cadre des disciplines obligatoires de biologie et d'initiation à la santé.

Introduit en 2000, le cours d'initiation à la santé est une matière obligatoire de la 1^e à la 9^e année (une heure par semaine). Il comporte des sujets relatifs à des modes de vie sains et à une vie saine, promeut des attitudes responsables dans le domaine de la vie courante et de la santé, et développe des compétences sociales et psychologiques essentielles. En 2^e année, les élèves commencent par apprendre les méfaits de l'alcool ; en 3^e année, ils sont initiés aux conséquences du tabagisme ; et en 4^e année, on leur enseigne les effets négatifs de la consommation de drogues. Les élèves de l'enseignement secondaire reçoivent des informations supplémentaires sur la consommation de substances psychoactives et son influence sur le corps humain. Ils apprennent aussi les risques sanitaires et les conséquences de la consommation de substances psychoactives pour leur santé et leur bien-être, et comment s'abstenir de fumer et de consommer de l'alcool et des drogues. Le cours suit une démarche positive, évitant d'intimider les élèves ou de diffuser des messages fondés sur la peur. Les leçons visant à développer des compétences pour un mode de vie sain s'appuient sur des techniques d'apprentissage interactives, et comprennent des exercices illustrant les comportements à adopter dans différentes situations.

Les effets nocifs des substances psychoactives sur le corps humain et l'existence future sont également abordés dans le cours de biologie de 9^e année. Des matériels d'orientation spécifiques ont été élaborés pour les enseignants et des manuels pour les élèves (de la 1^e à la 9^e année) afin de faciliter l'enseignement de l'initiation à la santé. Tous les matériels sont régulièrement mis à jour et publiés.

La prévention de la consommation de substances psychoactives est également assurée dans les établissements d'enseignement général et professionnel dans le cadre de l'élément optionnel du curriculum. Ces programmes de prévention optionnels s'intitulent : Jeunes et mode de vie sain (de la 5^e à la 11^e année) ; Prévenir les mauvaises habitudes (de la 6^e à la 9^e année) ; et Fondements d'un mode de vie sain (8^e et 9^e année).

Les recherches effectuées en 2004 et 2007 pour évaluer l'impact de la prévention scolaire sur les taux de consommation de substances psychoactives ont montré des changements statistiquement valables dans le comportement et les pratiques des jeunes. En particulier, par rapport à 2004, en 2007 la proportion des 15-16 ans qui avaient été en état d'ivresse au moins une fois au cours du mois précédent avait reculé de 26 %, la proportion de garçons âgés de 15 à 16 ans ayant fumé avait baissé de 10 %, et la proportion de filles âgées de 15 à 16 ans ayant fumé s'était réduite de 2 %.

L'enquête HBSC réalisée en 2014 auprès des élèves de la 5^e à la 11^e année a constaté une réduction du nombre d'élèves fumant tous les jours en 2014 par rapport à 2010 : de 16 % à 10 % chez les garçons et de 7 % à 5 % chez les filles ; et la proportion de non fumeurs était passée de 80 % à 87,6 %.

Selon les études de l'ESPAD menées sur différentes années, la consommation d'alcool chez les élèves âgés de 15 à 16 ans diminue régulièrement depuis 2003.

Pour en savoir plus : <http://iite.unesco.org/pics/publications/en/files/3214742.pdf>

3.2.2. Programmes scolaires nationaux et sous-nationaux

En général, un programme scolaire définit les contenus devant être appris par les élèves (quoi) et les fondements de l'éducation (pourquoi) ; l'échelonnement des contenus en fonction du temps disponible pour l'apprentissage (quand) ; les caractéristiques des établissements d'enseignement où le programme est enseigné (où) ; les caractéristiques des modalités d'apprentissage, en particulier du point de vue des méthodes à mettre en oeuvre ; les ressources d'apprentissage et d'enseignement – par ex. les manuels (comment) ; et l'évaluation, ainsi que le profil des enseignants (qui). Un programme bien mis en oeuvre et fondé sur des données probantes peut créer des facteurs de protection sous forme de compétences utiles dans la vie courante, d'attitudes et d'intentions, contribuant ainsi de manière importante à la prévention de la consommation de substances psychoactives, de ses conséquences négatives, ainsi que d'autres comportements à risque.

i. Place de la prévention de la consommation de substances psychoactives dans les programmes scolaires

La consommation de substances psychoactives est l'un des importants problèmes sociaux et sanitaires auquel la société charge le secteur de l'éducation de remédier par le biais des programmes, en plus d'autres domaines de prévention comportementale, comme la santé mentale, la santé sexuelle, la nutrition ou le harcèlement.

Dans les programmes, l'éducation à la prévention de la consommation de substances psychoactives est habituellement et de la manière la plus appropriée insérée dans une matière liée à la santé (portant des noms variés : vie active saine, santé et vie familiale, santé et éducation physique, éducation aux compétences personnelles et sociales, éducation à la santé et à la carrière, éducation aux compétences utiles dans la vie courante, etc.).

Beaucoup d'écoles choisissent aussi de compléter ou de remplacer l'enseignement standard des compétences utiles dans la vie courante ou autre programme relatif à la santé par un programme « manuelisé », autrement dit, un programme standardisé à l'aide de manuels et de protocoles destinés aux personnes chargées de le mettre en oeuvre. La recherche a montré l'efficacité de cette approche pour la prévention de la consommation de substances psychoactives plus tard dans la vie et/ou une santé mentale résiliente ou l'acquisition de compétences utiles dans la vie courante ou de compétences académiques (ONU DC, 2013).

Nombreux sont les programmes de prévention disponibles. Néanmoins, rares sont ceux dont l'efficacité ait été prouvée par la recherche scientifique. Bien que

beaucoup aient des éléments communs, il est important d'identifier un programme dont l'efficacité ait été scientifiquement prouvée, et qui réponde aux besoins spécifiques d'une situation donnée (par ex. l'âge et le niveau de risque du groupe cible). On peut, entre autres, identifier de tels programmes en consultant l'un des répertoires de programmes de prévention de la consommation de substances psychoactives fondée sur des données probantes¹⁴.

Certains programmes fondés sur les faits sont disponibles en libre accès, tandis que d'autres sont payants. Ils comprennent généralement une série de séances structurées et interactives devant se tenir habituellement une fois par semaine. Il pourra être nécessaire d'adapter un programme spécialisé aux cultures et aux conditions particulières, ce qui devra se faire après mûre réflexion, sans éliminer les éléments principaux du programme (ONU DC, 2013).

ii. Contenus et concepts

Les contenus et concepts des programmes scolaires se classent habituellement en deux catégories :

- Ceux qui sont axés sur les **compétences personnelles et sociales** liées au début et à la poursuite de la consommation de substances psychoactives, en particulier avant l'âge moyen lors de la première consommation. Ces compétences sont la capacité à prendre des décisions et à fixer des objectifs de façon responsable, la gestion de soi, la gestion des émotions, la conscience sociale et les compétences relationnelles (Jackson et al., 2011).
- Ceux qui sont axés sur des **connaissances et attitudes** spécifiques concernant la consommation de substances psychoactives – y compris les effets, conséquences et dommages pouvant résulter de cet usage – afin de permettre une meilleure connaissance des substances psychoactives ou de modifier les attitudes à l'âge moyen lors de la première consommation ou par la suite.

Le choix et l'axe des contenus du programme scolaire devraient soutenir les objectifs pédagogiques basés sur la prévalence et les modes de consommation de substances psychoactives, qui varient généralement avec l'âge des élèves.

¹⁴ Par exemple, en langue anglaise, le portail des bonnes pratiques de l'OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>) ; le National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP) du gouvernement américain (<http://www.samhsa.gov/data/evidence-based-programs-nrepp>) ; le Registry of Evidence-based Youth Development Programmes du programme Blueprints for Healthy Youth Development (<http://www.blueprintsprograms.com>) également aux États-Unis.

Avant l'âge moyen lors de la première consommation

Les programmes ciblant les élèves avant l'âge moyen lors de la première consommation de substances psychoactives devront être axés sur le développement des compétences personnelles, sociales et émotionnelles générales, mais sans aucune référence spécifique aux substances psychoactives (celle-ci pouvant produire des résultats négatifs ou iatrogènes).

Un programme scolaire destiné à prévenir la consommation de substances psychoactives avant l'âge moyen lors de la première consommation s'adresse aux enfants âgés d'environ 6 à 12 ans. L'âge moyen lors de la première consommation variera en fonction de la situation nationale ou locale.

Le programme scolaire d'éducation à la prévention correspondant à cette période est centré sur ce qu'on appelle « l'éducation à la santé fondée sur l'acquisition de compétences » (ONU DC, 2013 ; OMS, 2003). Il vise à développer des compétences personnelles et sociales clés comme celles qui favorisent un développement émotionnel et social sain à cet âge, et protègent de la consommation ultérieure de substances psychoactives.

Outre qu'elle protège de la consommation ultérieure de substances psychoactives, il a été prouvé que l'éducation fondée sur les compétences exerce un effet positif sur d'autres comportements en général qui peuvent être liés à certaines problématiques pendant l'enfance, tels que la participation scolaire, la performance académique, l'estime de soi, le bien-être mental, la gestion de soi et d'autres compétences sociales (outre l'Australie, le Canada, les États-Unis et l'Europe, on possède aussi des données à cet égard en provenance d'Afrique, d'Amérique latine et d'Inde) (Durlak et al., 2011 ; Foxcroft et Tsertsvadze, 2011b ; ONU DC, 2013).

Le programme d'enseignement doit fournir des occasions d'acquérir les compétences nécessaires pour affronter les difficultés de la vie quotidienne de manière sûre et saine. Pendant une bonne part de cette période, il ne sera pas nécessaire d'aborder la question de la consommation de substances psychoactives. Dans la mesure où elle n'appartient pas à la réalité quotidienne des enfants de cet âge, il peut s'avérer néfaste d'introduire une éducation sur cette consommation, parce qu'elle pourrait donner à penser qu'elle est présente chez les pairs et stimuler la curiosité (Elek et al., 2010). Une exception notable peut être celle des communautés où les élèves de primaire ont commencé à consommer des substances psychoactives, notamment des substances psychoactives volatiles (colle, essence, essence à briquet, par exemple). Il s'agit alors d'un problème grave, auquel on pourra répondre par une éducation sur les substances psychoactives qui s'adresse à l'ensemble des élèves, ou une approche ciblant les plus vulnérables d'entre eux.

Les concepts doivent être introduits du plus simple au plus complexe, les derniers cours prenant appui sur les apprentissages antérieurs en les consolidant. Le programme devra être étroitement relié au programme scolaire planifié et séquencé de l'enseignement secondaire.

Caractéristiques des approches d'éducation fondées sur les compétences mises en œuvre à l'école primaire qui sont associées à des résultats positifs, ou à des résultats de prévention nuls ou négatifs (ONU DC, 2013 ; OMS, 2003)

- ▲ Accent mis sur l'amélioration d'un éventail de compétences personnelles et sociales
- ▲ Interventions sous forme d'une série de séances structurées, représentant un total d'au moins dix heures annuelles
- ▲ Assurées par des enseignants ou des animateurs formés
- ▲ Séances essentiellement interactives
- ▼ Utilisent des méthodes non interactives, telles que les cours magistraux, comme principale méthode d'enseignement
- ▼ Fournissent des informations sur certaines substances psychoactives en utilisant la tactique de la peur
- ▼ Concentración única en el desarrollo de la autoestima y la educación emocional, en lugar del desarrollo de habilidades
- ▼ Sont axées uniquement sur le développement de l'estime de soi et sur une éducation émotionnelle, non sur l'acquisition de compétences
- ▼ Transmettent des compétences sans être capable de les appliquer aux contextes particuliers des élèves
- ▼ Utilisent des enseignants non formés : ils ne sont généralement pas en mesure de diriger des séances interactives fondées sur l'acquisition de compétences, et risquent d'omettre des éléments clés

Pendant ou après l'âge moyen lors de la première consommation

Dans de nombreux pays, l'enseignement secondaire est une période au cours de laquelle les taux de consommation de substances psychoactives augmentent de façon spectaculaire. C'est aussi l'époque où les adolescents sont généralement confrontés à bien d'autres changements et agents stressants d'ordre social et biologique, et où, de surcroît, la « plasticité » ou la malléabilité du cerveau suggère que les interventions ont la capacité de renforcer ou de corriger les expériences antérieures, rendant les adolescents potentiellement plus réceptifs aux actions de prévention. C'est pourquoi, de nombreux systèmes scolaires choisissent de compléter ou de remplacer le programme d'enseignement standard par un programme spécialisé du type de celui d'Unplugged (voir Étude de cas 3), dont l'efficacité a été scientifiquement démontrée. Il est caractérisé par une série de dix séances structurées ou plus proposées une fois par semaine (ONU DC, 2013).

Ces programmes reposent également sur un enseignement interactif visant l'acquisition de compétences, et donc sur des méthodes interactives (privilegiant l'interaction entre élèves, plutôt qu'entre enseignant et élèves). Sans perdre de vue que l'information seule ne suffit pas à modifier un comportement, il est important de faire en sorte que les élèves aient accès à des informations sur chaque substance psychoactive qui soient précises et objectives, de façon à lutter contre les mythes et la désinformation.

ÉTUDE DE CAS 3 : S'appuyer sur les données probantes : adaptation et expérimentation d'un programme de prévention au Nigéria

« Unplugged » est un programme fondé sur des données probantes à vocation universelle (c'est-à-dire destiné à l'ensemble des élèves d'une classe) visant à prévenir la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues chez les enfants de 12 à 14 ans. Ce programme est en cours d'adaptation au Nigéria, où son efficacité est actuellement évaluée par un essai contrôlé randomisé (ECR).

Unplugged consiste en 12 séances interactives d'une heure encadrées par des enseignants, qui se fonde sur le modèle d'influence sociale (lui-même axé sur les compétences sociales et personnelles, les connaissances et les « croyances normatives »). Il vise à :

- réduire les attitudes positives à l'égard des drogues ;
- diminuer la perception qu'il existe parmi les pairs de nombreux fumeurs, buveurs et de consommateurs de cannabis ;
- accroître les compétences de refus.

Ce programme a d'abord été élaboré et évalué au moyen d'un vaste ECR (2003-2005) portant sur 7 079 élèves dans sept pays européens. L'évaluation a constaté que la participation au programme aboutissait à une réduction de 23 % des risques d'usage de cannabis, de 28 % des risques d'intoxication éthylique hebdomadaire et de 30 % des risques de tabagisme quotidien. On a également constaté que ses effets positifs se poursuivaient au moins 18 mois après l'achèvement du programme, ce qui représente un report important lors d'une période cruciale de l'adolescence.

À partir de ces résultats positifs, le programme a été adapté et mis en oeuvre dans 30 pays de régions extérieures à l'Union européenne, et notamment dans des pays arabophones, en Amérique latine, en Asie du Sud-Est, au Kirghizistan et en Russie.

En 2014, dans le cadre des efforts pour mettre un terme à la production, au trafic et à la consommation de drogues, et juguler le crime organisé connexe au Nigéria, un atelier réunissant des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux clés s'est servi des Normes internationales de prévention de l'usage de drogues (ONUDD, 2013) comme point de départ pour analyser les efforts en cours et identifier les programmes fondés sur des données probantes. On s'est alors aperçu qu'il n'en existait pas pour les élèves nigériens, et on a convenu d'expérimenter le programme Unplugged, disponible dans le domaine public.

Le projet pilote a été organisé en deux phases. Lors de la phase I, le programme a été testé dans cinq écoles du Nigéria, afin de déterminer la meilleure façon d'en revoir la conception afin de l'adapter au contexte local. La phase II, actuellement en cours, consiste en un ECR du programme adapté, portant sur 32 écoles (16 écoles témoins et 16 écoles d'intervention). La planification de sa mise en oeuvre à grande échelle sera décidée en fonction des résultats de l'essai.

Le pilotage de l'initiative par le Ministère fédéral de l'éducation et la participation active de l'ONUDD ont joué un rôle déterminant.

Pour en savoir plus : <http://www.respadd.org/programmes-de-recherche/evaluation-programme-europeen-unplugged/>

ÉTUDE DE CAS 4 : Un programme prometteur : expérimentation rigoureuse d'un programme de prévention universelle pour adolescents et jeunes adultes

REBOUND est un programme universel de prévention de la consommation de substances psychoactives et de promotion de la santé axé sur les compétences conçu pour des adolescents plus âgés et des jeunes adultes. Conçu à l'Université de Heidelberg (Allemagne) et mis en oeuvre par la FINDER Akademie, il s'adresse aux jeunes de 14-25 ans scolarisés dans le second cycle du secondaire et l'enseignement professionnel. Curieusement, à un âge où la consommation de substances psychoactives est une partie intégrante de la vie quotidienne des jeunes, il existe peu de programmes universels ciblant cette population.

Le programme s'appuie sur une solide base théorique pour travailler à la fois avec des usagers et des non usagers de substances psychoactives afin d'augmenter leur capacité à :

- prendre conscience de leurs forces et les renforcer ;
- faire face à l'alcool et aux drogues de façon intelligente, indépendante et saine (compétence d'évaluation du risque individuel) ;
- mettre en pratique leurs compétences à évaluer les risques et à y faire face au sein des groupes de pairs.

L'intervention repose sur quatre piliers : séances en classe encadrées essentiellement par les enseignants (séances hebdomadaires de 90 minutes), modules en ligne, tutorat en option et élément d'approche scolaire globale. Les principales composantes du programme sont :

- mise en oeuvre de méthodes basées sur des courts-métrages, en 12 à 16 séances réparties sur un semestre ;
- formation des enseignants lors d'un atelier de quatre jours ;
- intervention sur l'environnement des jeunes, avec adoption d'une politique scolaire de lutte contre la drogue ;
- exploration par le film et analyse collective des courts-métrages projetés

Le programme a fait l'objet d'une étude pilote contrôlée auprès de 46 classes et 800 élèves. En 2015, environ 3 000 élèves avaient bénéficié du programme, et on prévoit la réalisation d'un ECR. Parmi les premiers enseignements tirés de la phase pilote, il y a la nécessité d'introduire de la flexibilité à la fois dans la structure du cours et dans la mise en oeuvre pour ce groupe d'âge au niveau scolaire, et, également, de sélectionner le plus possible les enseignants en fonction de leurs compétences et de leurs attitudes.

Pour en savoir plus : <http://my-rebound.de/> ; <https://finder-academie.de/>

- Cette approche équilibrée permet aux élèves d'examiner la question sous ses différents angles, en mettant en question, par exemple :
- les croyances relatives à la banalité de la consommation de substances psychoactives¹⁵ ;
- la perception des risques et des avantages ;

¹⁵ Les jeunes ont tendance à surestimer les taux de consommation parmi leurs pairs.

- les attentes liées à la consommation de substances psychoactives ;
- les influences sociales pesant sur la consommation de substances psychoactives (par ex. famille, médias et pairs), et le développement de compétences permettant d'analyser et de minimiser leur impact ;
- tout en donnant la possibilité de continuer d'exercer un large éventail d'autres compétences personnelles et d'adaptation, également en lien avec la consommation de substances psychoactives (ONU DC, 2013).

Caractéristiques des approches de l'éducation fondées sur les compétences mises en oeuvre dans l'enseignement secondaire qui sont associées à des résultats positifs, ou à des résultats de prévention nuls ou négatifs (ONU DC, 2013)

- ▲ Utilisent des méthodes interactives
- ▲ Enseignement dispensé sous forme d'une série de séances structurées (généralement 10 à 15) une fois par semaine, souvent accompagnées de séances de rappel échelonnées sur plusieurs années
- ▲ Sont assurées par un animateur formé (y compris des pairs formés à cet effet)
- ▲ Offrent la possibilité d'exercer et d'acquérir un large éventail de compétences personnelles et sociales, dont en particulier des compétences d'adaptation, de prise de décision et de résistance
- ▲ Influent sur la perception des risques associés à la consommation de substances psychoactives, en mettant l'accent sur les conséquences immédiates
- ▲ Corrigent les idées fausses concernant les attentes liées à la consommation de substances psychoactives, et sur le caractère banal et courant de la consommation de ces substances
- ▼ Fourniture d'informations uniquement, notamment en recourant à une approche destinée à susciter la peur
- ▼ Utilisation de méthodes non interactives, comme les cours magistraux, en tant que principale stratégie de prestation
- ▼ S'appuient sur des séances de dialogue non structuré
- ▼ Sont axées uniquement sur la construction de l'estime de soi et l'éducation émotionnelle
- ▼ Abordent uniquement la prise de décision ou les valeurs éthiques/morales
- ▼ S'appuient sur d'anciens toxicomanes pour fournir des témoignages
- ▼ Font appel à des fonctionnaires de police pour dispenser le programme

iii. Méthodes d'exécution

Pendant toute la scolarité, la prévention de la consommation de substances psychoactives s'appuie sur une approche « d'éducation fondée sur l'acquisition de compétences », utilisant des méthodes d'enseignement interactives dispensées par des éducateurs formés. L'éducation fondée sur les compétences comporte souvent des éléments d'acquisition de connaissances et d'attitudes, mais l'accent y est mis sur un changement des comportements qui ne peut se réaliser qu'en prêtant une attention méthodique aux compétences — c'est-à-dire, en observant comment les compétences s'exercent et en ayant la possibilité de les exercer soi-même dans un environnement protégé. Des interventions magistrales très brèves ne sont généralement utilisées qu'à titre de soutien de l'élément principal de la séance, à caractère participatif (par exemple, pour introduire ou conclure une séance).

La capacité à dispenser une éducation axée sur l'acquisition de compétences et à promouvoir l'interactivité a été associée aux comportements facilitants suivants (OMS, 2003) :

- capacité à endosser différents rôles : soutien, orientation ou direction du groupe selon les besoins ;
- capacité à guider le groupe, et non à le dominer ;
- respect envers l'adolescent, sa liberté de choix et son autodétermination personnelle ;
- cordialité, compréhension et enthousiasme ;
- capacité à aborder des questions sensibles.

En matière de prévention de la consommation de substances psychoactives, on ne dispose pas de preuves à l'appui d'une approche essentiellement fondée sur la transmission de connaissances (Faggiano et al., 2008 ; Lemstra et al., 2010).

iv. Nombre minimum de séances/heures

Il n'est pas toujours aisé de libérer le temps nécessaire au sein du programme scolaire pour traiter des questions de santé. L'éducation axée sur les compétences sait aborder efficacement divers problèmes de santé (telles que la santé sexuelle ou la question du harcèlement), mais pour qu'elle soit efficace dans chaque cas, il faut que les compétences puissent s'exercer dans le contexte du problème en question. Une solution pour surmonter les contraintes de temps dans le programme scolaire est de recourir à une approche intégrée, consistant à aborder ensemble deux ou plusieurs questions : par exemple, les situations où la consommation de substances psychoactives est associée à des comportements sexuels à risque (Jackson et al., 2011 ; Peters et al., 2009).

L'analyse des programmes scolaires existants en matière d'éducation sur la consommation de substances psychoactives montre que leur durée est extrêmement variable, allant d'une seule séance d'une heure à des séances échelonnées sur plusieurs années (le maximum observé étant de 11 ans). Plusieurs de ces examens suggèrent que les interventions plus intensives et de plus longue durée sont plus efficaces (Flay, 2009 ; Lemstra et al., 2010 ; Soole et al., 2008). L'ONU DC signale que les programmes sont plus efficaces lorsqu'ils prévoient au moins dix séances, et recommande que les cours soient dispensés au moins une fois par semaine pendant plusieurs années (ONU DC, 2013).

L'expérience prouve aussi que les séances de rappel jouent un rôle important de réitération du contenu des programmes, contribuant à leurs effets à long terme (Champion et al., 2013 ; ONU DC, 2013).

v. Éducateurs formés à la prévention fondée sur l'acquisition de compétences

En général, du fait de leur présence constante au sein de l'école, les enseignants sont souvent les mieux placés pour dispenser une éducation à la prévention fondée sur les compétences. Néanmoins, la recherche a montré que les enseignants oublient souvent les éléments les plus essentiels

de ce type de programme, à savoir ses éléments interactifs (Sobeck et al., 2006). Par conséquent, il est très important que les personnels concernés reçoivent une formation et un soutien sur les méthodes pédagogiques appropriées et la manière d'aborder les sujets sensibles (voir la Section 3.2.3 pour de plus amples informations sur la formation des éducateurs).

La recherche a montré que d'autres catégories de personnels (tels que conseillers d'orientation, professionnels de la santé mentale et travailleurs sociaux), ainsi que les éducateurs pairs, peuvent être également des intervenants efficaces lorsqu'il s'agit de dispenser un programme (Porath-Waller et al., 2010 ; Tobler et al., 2000). Dans ces cas également, il est important que l'éducateur offre les séances comme elles ont été conçues et n'opère que des adaptations minimales. Les personnes ressources invitées doivent pouvoir garantir aux personnels scolaires qu'elles connaissent le programme scolaire et sont en capacité de contribuer à ses objectifs (conformément au guide ou aux ressources du programme en question) et d'utiliser les méthodes telles qu'elles ont été conçues (Buckley et al., 2007).

Dans certaines écoles, des programmes par ordinateur ou en ligne sont une option à envisager. La recherche récente a montré qu'ils étaient relativement efficaces, et ils sont généralement fiables (Champion et al., 2013).

3.2.3. Formation et encadrement des éducateurs et autres personnels

Pour qu'un programme de prévention fondé sur des données probantes procure les avantages attendus, il faut que les conditions prévues pour la mise en œuvre de ses contenus et méthodes soient respectées (on parle à ce titre de fidélité de mise en œuvre). Or, diverses études montrent que les éducateurs ne s'y conforment pas toujours (Ennett et al., 2011 ; Miller-Day et al., 2013 ; Van der kreeft et al., 2009).

Bien d'autres facteurs, comme les politiques d'appui et les ressources disponibles, peuvent influencer sur l'application d'un programme. Mais la formation et l'encadrement sont d'une importance capitale pour la qualité de mise en œuvre d'une réponse du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives (Ringwalt et al., 2003).

Comme il ressort des recherches, l'enseignant qui a bénéficié d'une formation est plus enclin à transmettre des contenus de prévention axés sur l'acquisition de compétences et à suivre fidèlement les méthodes prévues dans le programme. Il est capable d'adapter ces méthodes en fonction de sa manière d'enseigner et de ses aptitudes professionnelles, tout en préservant les éléments essentiels du programme (Miller-Day et al., 2013).

La formation doit s'efforcer d'exposer clairement aux éducateurs la justification des méthodes d'apprentissage de compétences, leur présenter concrètement les techniques d'enseignement interactif et leur donner la possibilité de

mettre en pratique les techniques acquises (OMS, 2003). À l'image des formations dispensées pour des programmes spécifiques décrits dans un manuel, par exemple dans l'enseignement secondaire où des sujets sensibles comme l'intoxication éthylique des élèves peuvent être soulevés, une formation générale sur la façon d'aborder les questions liées à la consommation de substances psychoactives peut aider l'enseignant à savoir comment se comporter en pareille situation. Une autre solution peut être de faire appel à une personne-ressource chargée de couvrir certains sujets dans le cadre d'un programme d'études donné ou de dispenser des programmes de prévention visant l'acquisition de compétences décrits dans un manuel.

Toute personne intervenant dans un contexte d'apprentissage de compétences (par ex. professionnels dans le domaine de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues, conseillers en santé mentale, personnels infirmiers scolaires ou pairs) doit recevoir une formation sur son rôle et sur les moyens de servir les objectifs du programme éducatif. Il convient donc de vérifier que les personnes ayant à transmettre des contenus axés sur l'acquisition de compétences possèdent les aptitudes requises et, le cas échéant, de les former en conséquence (Buckley et al., 2007).

ÉTUDE DE CAS 5 : Une initiative prometteuse – Formation et certification (Kenya)

La National Authority for the Campaign against Alcohol and Drug Abuse (NACADA), qui est, au Kenya, l'agence nationale en charge de la campagne de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, a été créée en vertu d'une loi adoptée par le Parlement le 24 juillet 2012. L'une de ses priorités est la formation et la certification des professionnels de la prévention et du traitement.

À cette fin, la NACADA a travaillé en collaboration avec l'INL (Bureau international des stupéfiants et de l'application de la loi) aux États-Unis et l'ISSUP (Société internationale des professionnels de la prévention et du traitement de la toxicomanie), le premier assurant le financement des manuels et de la formation des premiers animateurs locaux, la seconde se chargeant du programme de formation.

Dernièrement, l'ISSUP a mis au point à l'intention des intervenants et des coordonnateurs en prévention un programme de formation complet, appelé Universal Prevention Curriculum (UPC). Conçu par d'éminents spécialistes de la question, ce programme s'inspire du corpus de données figurant dans les Normes internationales en matière de prévention de l'usage de drogues élaborées par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC, 2013). Ce programme de prévention universelle a servi de base à l'initiative de formation et de certification lancée au Kenya.

L'objectif de la NACADA est de promouvoir la professionnalisation et la formation des personnels concernés en vue de faire de la prévention (et du traitement) de la consommation de substances psychoactives un domaine multidisciplinaire et indépendant.

Dans ce but, elle a organisé des formations assorties d'une certification pour les professionnels en addictologie dans cinq régions différentes du pays. Ces formations s'adressent en priorité aux éducateurs des établissements d'enseignement secondaire et supérieur et des universités. Ils sont, à ce jour, plus d'un millier à en avoir bénéficié. Des activités de formation et de certification sont en cours.

Pour en savoir plus : <http://www.nacada.go.ke> et <https://www.issup.net/training/universal-prevention-curriculum>

La formation des enseignants appelés à dispenser une éducation visant l'apprentissage de compétences peut revêtir diverses formes : initiale, continue et en ligne.

- La **formation initiale** (dispensée par des instituts de formation d'enseignants) sur l'éducation pour la santé fondée sur l'acquisition de compétences, la promotion de la santé à l'école et la science préventive a la faveur de ceux qui prônent la prévention et la promotion de la santé en milieu scolaire (Thapa et al., 2013 ; UNESCO, 2014b ; Bundy, 2015). Dans ce type de formation, l'accent peut être mis soit sur le thème général de la santé des élèves et leur bien-être et du renforcement des efforts de prévention concernant la conduite et les comportements à risques, soit sur le thème plus particulier de la consommation de substances psychoactives chez des élèves. Malheureusement, dans les pays développés comme dans les pays en développement, l'offre de formation initiale sur ces sujets est limitée (Hale et al., 2011 ; UNESCO, Afrique de l'Est et Australe, rapport non publié).
- La **formation continue et l'encadrement** sont d'une importance cruciale du fait que l'offre de formation initiale fait largement défaut. En raison de la rotation des effectifs et de la nécessité d'une remise à niveau périodique des compétences, un accès permanent à la formation continue est indispensable. D'après les recherches relatives aux bonnes stratégies de formation et d'encadrement des personnes en charge d'une mission de prévention visant le développement

de compétences, la formation en face à face est mieux acceptée et, semble-t-il, plus efficace que les manuels d'autoformation ou les vidéos didactiques (Hanley et al., 2009). Néanmoins, un panachage de stratégies, englobant des méthodes utilisant les technologies, offre de meilleures chances de réussite qu'une stratégie unique. Pour l'heure, rien ne permet d'affirmer qu'un encadrement personnalisé (par ex. l'évaluation des performances en classe, où le tuteur analyse le degré de fidélité de l'enseignant, la planification, l'enchaînement, les aspects pratiques et l'organisation des cours, etc.) est efficace (Dusenbury et al., 2010 ; Ringwalt et al., 2009). De nombreux programmes de prévention validés par des éléments probants fournissent des outils permettant de contrôler et guider la mise en œuvre des contenus dans les conditions prévues.

- Les **portails de connaissances en ligne** apportent un soutien constant aux personnels en charge de la prévention et de la promotion de la santé à l'école. Le programme ADEPIS (Alcohol and Drug Education and Prevention Information Service) mis au point par Mentor UK en est un exemple. Ce site traduit les conclusions des recherches les plus récentes en stratégies concrètes applicables par les acteurs qui interviennent en première ligne (voir Étude de cas 6). Un autre exemple est le portail Prevention HUB créé par l'ONUSD qui contient un volet spécial sur les ressources, destiné aux enseignants et autres personnels concernés (<http://preventionhub.org/en>).

Formation ou information des autres personnels de l'éducation

Une réponse coordonnée exige de former ou d'informer les différentes personnes concernées sur les thèmes essentiels indiqués dans la figure ci-dessous :

Figure 17. Formation ou information des autres personnels de l'éducation et membres de la communauté éducative



ÉTUDE DE CAS 6 : Une initiative prometteuse – Orientations et ressources, formations et normes de qualité à l'échelle nationale sur la plateforme ADEPIS (Alcohol and Drug Education and Prevention Information Service) (Royaume-Uni)

Ce service en ligne diffuse des informations et des conseils à l'intention des écoles et des praticiens sur les bonnes pratiques d'éducation et de prévention en matière de consommation de substances psychoactives. Financé par Public Health England et par le ministère de l'Intérieur du Royaume-Uni, il est géré par l'association caritative Mentor UK en coopération avec d'autres partenaires. L'équipe ADEPIS a élaboré une série de normes inspirée des Normes européennes de qualité de prévention des toxicomanies et plus particulièrement conçues pour les écoles et les organisations intervenant en milieu scolaire désireuses de sensibiliser les élèves aux conséquences de la consommation de substances psychoactives. Ces normes reposent sur des données probantes recueillies au niveau international, mais également sur des orientations et des directives programmatiques locales concernant l'apprentissage, et fournissent ainsi un ensemble de conseils validés par l'expérience qui peuvent être transposés de façon simple et durable dans le contexte local.

Le service ADEPIS publie des normes couvrant de nombreux thèmes pertinents pour garantir une éducation de qualité en matière de prévention de la consommation de substances psychoactives. Il offre une multitude de ressources : politiques relatives aux personnels, contenus d'enseignement sur la consommation de drogues et d'alcool applicables en classe, recommandations pour dispenser un enseignement de qualité sur la consommation de drogues et d'alcool en milieu scolaire. Le site Web d'ADEPIS propose aux écoles une trousse à outils en ligne qui leur permet de soumettre leur politique en matière de drogues et d'alcool à un examen régulier en vue de l'évaluer et de l'améliorer. Ce site leur délivre aussi des conseils pratiques sur la manière de gérer les relations avec les parties prenantes concernées, notamment les enseignants, les élèves et les parents.

Cette initiative est prometteuse à plusieurs titres : elle est conforme aux normes validées et pertinentes et les applique au contexte local (en tenant compte de facteurs d'ordre éducatif, culturel et logistique), elle est un excellent exemple de collaboration entre des organismes publics et des organisations non-gouvernementales et favorise le perfectionnement professionnel et le partage de bonnes pratiques.

Pour en savoir plus : <http://mentor-adepis.org>

3.2.4. Réponses fondées sur des données probantes au niveau des écoles

Au niveau des écoles elles-mêmes, on distingue deux catégories d'approches pour répondre à la consommation de substances psychoactives :

- La **prévention universelle** fait référence à des stratégies qui s'adressent à l'ensemble de la population scolaire dans le but de prévenir la consommation de substances psychoactives. Cette approche vise à réduire les risques de la population cible, que ce soit tous les élèves ou bien les élèves d'un même âge ou d'une même année scolaire, en leur inculquant des connaissances et des compétences destinées à les protéger vis-à-vis de cette pratique ou en modifiant les politiques et l'environnement scolaires de façon à prévenir et réduire la consommation de substances psychoactives chez tous les élèves.
- La **prévention sélective et indiquée** cible des individus ou des groupes considérés comme particulièrement exposés au risque de consommation de substances psychoactives ou ayant déjà manifesté des comportements liés à cette consommation. Ces approches consistent dans un cas à repérer les individus ou les groupes à risque et à cibler les efforts de prévention sur ces individus ou groupes, et dans un autre cas à repérer les individus ou les groupes qui présentent des signes précoces de consommation de substances psychoactives et à intervenir.

Figure 18. Les deux volets d'une réponse holistique : prévention universelle et prévention sélective/indiquée



Il incombe à l'école de répondre aux besoins de l'ensemble de la population scolaire, y compris d'apporter un soutien aux groupes (prévention sélective) et aux individus (prévention indiquée) particulièrement exposés à un risque.

i. Prévention universelle : un environnement scolaire sûr et bienveillant

L'environnement scolaire est le produit d'une multitude de facteurs, en l'occurrence les valeurs que promeut l'école, ses objectifs, ses structures organisationnelles et ses méthodes de gestion (Bissett et al., 2007). Il est, dès lors, préférable d'adopter une approche scolaire holistique couvrant tous les aspects de la communauté scolaire qui peuvent avoir une incidence sur l'apprentissage des élèves, leur santé et leur bien-être et, parallèlement aux approches pédagogiques, d'être attentif aux aspects suivants :

- aider les élèves à se sentir en sécurité (à la fois physiquement et sur le plan socioaffectif),
- favoriser la qualité des relations (par ex. relations entre les élèves, relations entre les élèves et le personnel, respect de la diversité),
- améliorer les stratégies d'enseignement classiques pour faciliter l'apprentissage (par ex. pour les élèves démotivés et les élèves ayant des difficultés d'apprentissage et des problèmes de comportement),
- promouvoir le sens d'appartenance au groupe,
- améliorer les infrastructures scolaires, et
- créer des liens entre l'école et l'environnement local, notamment à travers des activités de service à la communauté, la participation aux affaires locales (Markham et al., 2008 ; Thapa et al., 2013 ; Tobler et al., 2011).

Figure 19. Éléments essentiels d'un environnement scolaire sûr et bienveillant



L'idéal est de constituer une équipe de coordination chargée de veiller à une transformation systématique de l'environnement scolaire en y associant tous les membres de la communauté scolaire.

Dans l'ensemble, l'approche globale a eu des effets bénéfiques sur la réussite scolaire (baisse de l'absentéisme, diminution du nombre d'exclusions temporaires) et les taux de consommation de substances psychoactives (de tabac, en particulier) et réduit les conséquences négatives des difficultés familiales (Fletcher et al., 2008 ; Langford et al., 2014 ; Thapa et al., 2013).

ÉTUDE DE CAS 7 : Un programme fondé sur des données probantes – Un programme simple pour faire évoluer l'environnement scolaire vis-à-vis du tabac

« Sois malin, ne commence pas » : peu coûteux, le programme SmokeFreeClass (« Classe non-fumeur ») est également facile à mettre en œuvre. Ce concours « Classe non-fumeur » fait évoluer l'environnement scolaire vis-à-vis du tabac, non pas en jouant sur la peur des élèves pour les inciter à ne pas fumer, mais sur le renforcement de leurs comportements positifs. Il s'adresse aux élèves âgés de 11 à 14 ans : ceux-ci signent un contrat au titre duquel ils s'engagent à ne pas fumer pendant une durée pouvant atteindre six mois. Selon qu'ils ont tenu ou non leur engagement, leur classe obtient des points. À l'échéance du concours, les classes gagnantes peuvent participer à un tirage au sort et gagner des lots.

Cette approche contribue à modifier la perception du tabagisme dans la société : le fait de ne pas fumer est valorisé et, peu à peu, la proportion d'élèves non-fumeurs augmente. Tout le matériel nécessaire pour participer au concours est fourni à l'enseignant lorsqu'il inscrit sa classe, par ex. le guide de l'enseignant, le contrat de la classe, les autocollants qui l'accompagnent, et le formulaire d'engagement des élèves. Les parents des élèves participants reçoivent une brochure qui leur donne des explications sur l'objet du concours et des conseils pour aider leurs enfants. Simple et rapide à mettre en place, ce concours est un excellent outil de sensibilisation dans le cadre scolaire.

Cofinancé par la Commission européenne depuis 1997, ce programme est diffusé partout en Europe. Il ressort des études d'évaluation qu'il est sans danger (aucun caractère nocif), bien accepté et d'un bon rapport coût-efficacité et qu'il peut retarder l'entrée dans la consommation régulière de tabac (Isensee et Hanewinkel, 2012).

Pour en savoir plus : <http://www.smokefreeclass.info>

Dans le cadre d'une approche éducative holistique, on peut classer les réponses visant à procurer un environnement sûr et bienveillant aux enfants et aux jeunes dans et par l'éducation dans les catégories suivantes :

- **offrir un environnement scolaire sûr et bienveillant**, par le biais de politiques et d'une culture privilégiant le soutien de façon à prendre en compte les facteurs de vulnérabilité psychologique des individus, améliorer le climat de la salle de classe, la participation

des élèves et leur sociabilité et, par la même, garantir l'accès à une éducation de qualité,

- **tisser des liens avec les familles et l'ensemble de la communauté** en vue de créer un environnement sûr et bienveillant en dehors de l'enceinte de l'établissement.

Conception et mise en œuvre d'une politique scolaire relative à la consommation de substances psychoactives

Dans une politique scolaire relative à la consommation de substances psychoactives, dont le tabac, l'alcool et les drogues, l'école expose sa manière de répondre à ce type d'usage au regard de ses objectifs pédagogiques. Cette politique doit s'inscrire dans le droit fil de politiques plus générales (par ex. politique ou stratégie nationale de prévention du tabagisme, de l'alcoolisme et de la toxicomanie au niveau national) et les appuyer. Elle peut aisément s'insérer dans le cadre ou en complément d'une politique scolaire de santé, visant en général à garantir un environnement physique et psychosocial sain, sûr et protégé (et portant sur d'autres problématiques telles que harcèlement, harcèlement sexuel, violence en milieu scolaire, nutrition et alimentation, santé mentale) (OMS, 2003).

Une politique locale relative à la consommation de substances psychoactives constitue un bon point d'entrée pour élaborer une réponse à ce type d'usage en milieu scolaire. Pour les écoles comme pour les autres acteurs locaux concernés, la conception d'une politique est l'occasion d'engager une réflexion commune sur les valeurs, objectifs et actions de chacun par rapport à la consommation de substances psychoactives chez des élèves et sur les moyens que chacun entend mettre en œuvre pour y faire face.

Traditionnellement, les politiques relatives à la consommation de substances psychoactives ont essentiellement cherché à décrire les différentes formes de réponse de l'école à des incidents faisant intervenir la consommation de ces substances chez des élèves. C'est un aspect important, car, à défaut, le personnel scolaire est contraint de gérer seul tous les incidents pouvant survenir, ce qui conduit à une utilisation inefficace des ressources et, souvent, à des décisions incohérentes et injustes de la part des autorités scolaires.

Rassembler en un seul et unique instrument de politique toutes les actions liées à la consommation de substances psychoactives, y compris les activités de prévention, aboutit à une plus grande cohérence et aide à mieux cerner les engagements qui ont été pris. Par une politique plus globale de « réponse à la consommation de substances psychoactives », on parvient à une mobilisation aussi efficace que possible des ressources scolaires, aussi maigres soient-elles.

Une politique concernant la consommation de substances psychoactives à l'école primaire se justifie-t-elle ?

Le temps passé à l'école primaire est une période particulièrement propice à la prévention de la consommation de substances psychoactives (par ex. méthodes de gestion de classe). Une politique de prévention adaptée aux premières années de scolarité doit, pour être efficace, s'insérer dans une politique plus générale conçue pour assurer le bien-être de tous les élèves, y compris des élèves démotivés ou indisciplinés.

Au niveau du primaire, l'assiduité scolaire, la relation à l'école et la maîtrise de la langue et du calcul en fonction de l'âge peuvent, en effet, être le premier atout de la prévention chez des enfants de cet âge. D'après les données recueillies dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, les mesures qui visent à encourager la fréquentation scolaire et la motivation des élèves de primaire peuvent aider à prévenir la consommation ultérieure de substances psychoactives. Qui plus est, bon nombre de programmes de prévention validés par des données probantes, tels que programmes d'acquisition de compétences de la vie courante ou de comportements positifs en classe, ciblent des élèves de primaire et se révèlent efficaces pour prévenir la consommation de substances psychoactives et d'autres comportements à risque, même à long terme (ONU DC, 2013).

Il n'est peut-être pas nécessaire de mettre en œuvre une politique spécifique relative à la consommation de substances psychoactives au primaire. Toutefois il apparaît justifié de mentionner dans les politiques éducatives et de santé scolaire relatives à l'enseignement primaire, qu'elles jouent un rôle dans la prévention de la consommation ultérieure de substances psychoactives et que ce rôle devrait être évalué.

De plus, la socialisation et la participation active des élèves à la vie scolaire sont des éléments protecteurs puissants qui sont associés à une diminution de la consommation de substances psychoactives et d'autres comportements à risque. Les politiques scolaires qui favorisent l'implication active des élèves et une culture scolaire positive sont donc aussi préconisées dans le cadre d'une réponse scolaire globale.

Nécessité s'impose aussi de réunir et de préciser dans cette politique les engagements, règles, procédures et actions énoncés dans le programme de l'école concernant la consommation de substances psychoactives et la prévention en la matière, notamment :

1. les exigences relatives à des programmes holistiques de prévention (par ex. programme d'acquisition de compétences pour la prévention, prévention à l'échelle de l'école).
2. un protocole d'intervention en cas de consommation de substances psychoactives par des élèves dans l'établissement ou d'élèves présentant des troubles liés à la consommation de substances psychoactives (par ex. intoxication, autres conséquences négatives de la consommation). Le protocole en question

devrait prévoir l'application aussi bien de mesures de discipline que de soutien.

3. une position claire interdisant à tous les membres de la communauté scolaire la possession, la consommation ou la distribution d'alcool, de tabac et de drogues.

Si le contenu est important, la méthode d'élaboration, de diffusion et d'application de ces politiques l'est tout autant. Sachant que de nombreuses écoles dépendent de la politique mise en œuvre par les autorités éducatives locales et ne peuvent y apporter aucune modification, une approche participative est préférable. Elle aboutit bien souvent à une politique plus structurée, plus pertinente et mieux acceptée (Fletcher et al., 2008 ; Toumbourou et al., 2004).

Les données qui ont été recueillies montrent que, face à des incidents liés à la consommation de substances psychoactives, une approche pédagogique visant la promotion de la santé et évitant l'exclusion temporaire de l'établissement est la plus efficace. Plusieurs alternatives à l'exclusion d'un élève de l'établissement existent : on peut l'exclure de cours pour une durée déterminée (l'élève reste dans une autre salle ou dans le bureau du directeur et a des devoirs à faire), le priver « d'unités d'apprentissage » extrascolaires pour une durée déterminée ou de privilèges (par ex. sorties d'écoles), ou signer avec lui un contrat spécifiant les règles de son maintien à l'école (par ex. accompagnement psychologique, soutien pour la gestion de la colère) (Hemphill et al., 2012a).

Pour compléter ou remplacer des mesures de discipline prises à la suite d'incidents liés à la possession ou la consommation de substances psychoactives, il est important de prévoir un soutien orienté vers la promotion de la santé. Ainsi, on peut par exemple proposer une évaluation et un soutien, tels que interventions brèves, accompagnement psychologique, aide au sevrage tabagique, orientation vers d'autres services de santé ou vers des services sociaux extérieurs à l'école et soutien à l'ensemble de la famille.

Les données concernant l'impact des tests de dépistage de drogues à l'école sont très limitées, et la plupart des études ne font apparaître aucun effet préventif. Compte tenu des multiples difficultés qu'elle soulève (par ex. financement, absence de dépistage de l'alcoolisme et du tabagisme, considérations éthiques importantes concernant le respect de la vie privée des élèves et risque de démotivation de l'élève après une sanction), cette pratique est déconseillée (Shek, 2010 ; Sznitman & Romer, 2014 ; ONUDC, 2013).

Des sanctions très sévères, principalement axées sur l'exclusion de l'école, ont tendance à accentuer le comportement antisocial des élèves concernés. Dans une étude internationale, par exemple, l'exclusion d'élèves de 7e année s'est traduite par une augmentation de

la consommation de tabac (Hemphill et al., 2012b). À l'opposé, faire preuve de laxisme ou ne pas appliquer les sanctions que prévoit la politique relative à la consommation de substances psychoactives en milieu scolaire peut aussi favoriser l'augmentation de la consommation de ces substances (Evans-Whipp et al., 2013).

Il semble, par conséquent, qu'une approche équilibrée conjuguant prévention et application des sanctions est la plus efficace. Cette approche encourage un climat scolaire positif, veille à ce que tous les élèves comprennent les comportements non autorisés en rapport avec la consommation de substances psychoactives et, dans la mesure du possible, aide les jeunes à risque à garder le lien avec l'école (Hemphill et al., 2006 ; Sznitman et Romer, 2014).

Un dernier aspect important est le champ d'application de la politique. Une politique qui s'applique aussi aux membres du personnel scolaire et aux visiteurs (par ex. fumer dans l'enceinte de l'établissement) a toutes les chances d'être mieux acceptée par les élèves. Selon une étude iranienne, les élèves qui savent que leur enseignant est fumeur le sont souvent aussi (Roohafza et al., 2014). L'enseignant est un modèle d'identification pour l'élève et peut, par son comportement, contribuer à la lutte contre la banalisation du tabagisme. C'est pourquoi il importe que la politique stipule explicitement l'interdiction qui est faite aux élèves comme aux membres du personnel de faire usage de substances psychoactives dans l'enceinte de l'établissement et pendant toutes les activités scolaires et parascolaires.

Caractéristiques d'une politique scolaire associée à des résultats positifs en matière de prévention (ONUDC, 2013) :

- ▲ Aborder l'ensemble des activités et problèmes liés à la consommation de substances psychoactives dans l'enceinte des établissements scolaires
- ▲ Soutenir le fonctionnement normal de l'école, sans le perturber
- ▲ Élaborer des politiques en y associant toutes les parties prenantes (élèves, enseignants, autres personnels, parents)
- ▲ La politique stipule que la consommation de substances psychoactives dans l'enceinte de l'établissement ou pendant les horaires d'ouverture de l'école est interdit aussi bien aux élèves qu'aux membres du personnel, afin de réduire ou d'éliminer l'accessibilité et la disponibilité de tabac, d'alcool ou de drogues
- ▲ La politique désigne explicitement les substances psychoactives concernées, ainsi que les lieux (locaux scolaires) et /ou les occasions (activités scolaires et parascolaires) visés par la politique
- ▲ Les règles s'appliquent à toutes les personnes présentes dans l'établissement (élèves, enseignants, autres personnels, visiteurs, etc.)
- ▲ En cas d'infraction, des mesures positives sont prises de préférence à des sanctions, y compris un accompagnement psychologique, des traitements ou d'autres soins, et un soutien psychosocial sur place ou par d'autres services extérieurs compétents
- ▲ Mise en application systématique et rapide de la politique, y compris renforcement positif incitant à s'y conformer

Programmes de gestion de classe pour les élèves qui entrent à l'école

Les programmes de gestion de classe mis en œuvre dans les premières années du primaire ont, selon les observations, une forte incidence sur la prévention de la consommation de substances psychoactives et d'autres comportements à risque.

Les comportements perturbateurs (par ex. désobéir, bavarder, se moquer, se lever de son siège, prendre les affaires des autres, etc.) posent un problème pour les écoles. Ils peuvent retentir sur l'environnement d'apprentissage et nuire à la réussite scolaire.

Les recherches ont, en outre, montré que les enfants indisciplinés au début de leur scolarité sont particulièrement sujets à la survenue ultérieure de problèmes d'ordre social, scolaire et sanitaire, par exemple usage problématique de substances psychoactives, troubles du comportement, délinquance et échec scolaire (Castellanos-Ryan et al., 2013). Des programmes d'aide à la gestion de classe ont donc été mis au point à l'intention des enseignants et font l'objet d'études depuis plusieurs années.

Ces programmes ont pour vocation de renforcer, d'une part les capacités des enseignants en matière de gestion de classe et, d'autre part, la motivation des enfants pour progresser à l'école, tout en réduisant les comportements agressifs et perturbateurs chez les jeunes enfants. Ils proposent aux enseignants toute une panoplie de techniques qui ne relèvent pas directement de l'enseignement et qu'ils peuvent intégrer dans leurs pratiques quotidiennes avec leurs élèves pour leur apprendre les comportements positifs et les encourager à l'adopter, et pour éviter et réduire les comportements inadéquats. Ils s'adressent à l'ensemble de la classe (prévention universelle), mais sont, semble-t-il, particulièrement bénéfiques pour les enfants plus vulnérables. Ils sont remarquablement efficaces auprès des garçons qui présentent des signes d'agressivité précoce (Kellam et al., 2014).

Ces stratégies de gestion portant, non pas sur le programme, mais sur la classe, n'empiètent pas sur le temps d'apprentissage. De par leur caractère universel (c'est-à-dire pour la classe dans son ensemble), elles évitent aux enfants le risque d'être catalogués et victimes de stigmatisation parce qu'ils auront dû quitter la classe pour participer à des interventions brèves.

Des chercheurs qui ont suivi des élèves ayant participé à des programmes de ce type au cours de leur adolescence et jusqu'à l'âge adulte ont observé des résultats généralement positifs sur la consommation ultérieure de substances psychoactives. L'un de ces programmes, appelé Jeu du bon comportement (Good Behaviour Game, GBG), a donné de bons résultats par rapport à la prévention de

la consommation de substances psychoactives et d'autres comportements à risque (par ex. comportement violent et troubles de personnalité antisociale) jusqu'à l'âge de 21 ans (Kellam et al., 2008).

Ce jeu du bon comportement s'adresse à des élèves de 1^{ère} et de 2^e année et a pour but de créer dans la classe un climat propice à l'apprentissage de tous les élèves (voir Étude de cas 8).

Le principe de ce jeu consiste à récompenser une équipe d'élèves en fonction du comportement de chacun de ses membres, créant ainsi un sentiment de responsabilisation et de solidarité au sein de l'équipe. Cette stratégie incite les élèves à maîtriser leur comportement en s'appuyant sur le renforcement collectif et l'intérêt personnel mutuel.

ÉTUDE DE CAS 8 : Un programme fondé sur des données probantes – Le principe du Jeu du bon comportement (GBG, Good Behaviour Game)

L'enseignant répartit tous les élèves d'une classe en trois équipes, en équilibrant les types de comportement et les capacités d'apprentissage de chacun et le nombre de filles et de garçons dans chaque équipe. Il affiche les règles de comportement que les élèves doivent respecter en classe. Les équipes qui ne commettent pas plus de quatre infractions à ces règles sont récompensées.

Ce jeu se joue pendant les temps de la journée où les activités sont moins structurées, par exemple quand l'enseignant travaille avec un seul élève ou un petit groupe d'élèves, laissant le reste de la classe réaliser en autonomie des tâches précises. L'enseignant peut, de façon imprévue, annoncer : « Nous jouons au jeu du bon comportement ».

Au début de l'année, le jeu se déroule trois fois par semaine et dure dix minutes à chaque fois. À mesure que l'année avance, il dure plus longtemps. L'enseignant peut aussi lancer une séquence de jeu sans prévenir et ne distribuer les récompenses qu'à la fin de la journée ou de la semaine.

En fin d'année, les temps de la journée durant lesquels le jeu est pratiqué varient, de même que les activités et les lieux. Les récompenses, elles aussi, changent au cours de l'année : les objets matériels (autocollants, gommes, etc.) sont remplacés par des avantages liés à l'activité scolaire (temps supplémentaire pour lire durant la journée d'école par ex.). Ainsi, d'un jeu organisé lors de temps et d'activités visibles et prévisibles avec attribution immédiate de récompenses, le protocole évolue pour devenir un jeu joué à des temps et dans des lieux non prévisibles avec attribution différée des récompenses (Kellam et al., 2008). Ce jeu, dont l'efficacité sur la prévention de la consommation de substances psychoactives jusqu'à l'âge de 21 ans est démontrée, connaît un grand succès dans différentes régions du monde.

Pour en savoir plus : <http://goodbehaviorgame.org/>

Caractéristiques des méthodes de gestion de classe associées à des résultats positifs en matière de prévention (ONU DC, 2013) :

- ▲ Souvent mises en œuvre durant les premières années de scolarité
- ▲ Comportent des stratégies concernant la manière de réagir à un comportement inadéquat
- ▲ Comportent des stratégies concernant la manière de souligner un comportement adéquat
- ▲ Prévoient un bilan par rapport aux attentes
- ▲ Participation active des élèves
- ▲ Importance donnée à la formation et à l'encadrement continu des enseignants dans le cadre d'un mentorat

Activités parascolaires rattachées à l'école et participation des familles, ONG et autres intervenants communautaires

L'école peut constituer un excellent pôle de référence et de coordination des programmes exécutés à l'échelon local, du fait de la crédibilité dont elle jouit auprès des gens et des moyens dont elle dispose de toucher un large

segment de la population. Les programmes parascolaires rattachés à l'école couvrent des activités dont l'école est partie prenante, mais qui sont réalisées en dehors du programme d'études formel. Pour les interventions relatives à la prévention de la consommation de substances psychoactives, à la prise en charge des élèves et à la promotion de leur santé, ils font en général appel à un partenaire local.

Outre qu'ils offrent plusieurs possibilités intéressantes (épanouissement des jeunes, intervention précoce, etc.), les programmes parascolaires rattachés à l'école peuvent revêtir des formes très diverses et mettre à contribution une large palette de partenaires, dont des ONG et d'autres intervenants locaux. Parmi les programmes les plus courants assortis d'un volet de prévention ou de promotion de la santé, on distingue différentes catégories : soutien par des pairs, mentorat, activités sportives et récréatives, épanouissement des jeunes, soutien aux familles et initiatives à composantes multiples.

ÉTUDE DE CAS 9 : Un programme prometteur – Le soutien par les pairs de KELY Support Group (Hong Kong)

KELY est une organisation non gouvernementale bilingue, implantée à Hong Kong, qui s'adresse à des jeunes âgés de 14 à 24 ans et a pour but de leur fournir un soutien empathique, confidentiel, sans jugement ni exclusion. Née en 1991 de la volonté d'aider un ami à se sortir d'un usage problématique de substances psychoactives, elle est aujourd'hui une association locale renommée pour sa bienveillance à l'égard des jeunes, la fiabilité des informations qu'elle délivre et le soutien non moralisateur des pairs qui accueille de nombreux jeunes gens et parents concernés. Au début des années 1990, à Hong Kong, l'éducation pour la prévention de la consommation de substances psychoactives ne bénéficiait que d'un soutien limité voire inexistant. La consommation et l'utilisation impropre de drogues étaient considérées comme tabous et associées à des groupes de mauvaise réputation (par ex. les triades).

Les programmes KELY mobilisent une équipe de 7 personnes à temps plein, entre 10 et 12 personnes à temps partiel et une cinquantaine de bénévoles (dont des professionnels de divers secteurs, santé publique, éducation, travail social et psychologie clinique). Ils apportent directement une assistance et un soutien aux jeunes dans différents domaines :

- prévention
- renforcement des capacités et formation à long terme
- ateliers éducatifs en milieu scolaire
- information sur la gestion des conséquences de la consommation de substances psychoactives
- interventions.

À Hong Kong, 15 % environ des quelque 450 établissements d'enseignement secondaire ont recours aux services de KELY. L'organisation estime avoir contribué à faire connaître les conséquences de la consommation de substances psychoactives et les aides possibles. En témoigne l'accroissement du nombre de jeunes et de parents en quête d'assistance et d'orientation qui viennent frapper à sa porte.

Pour en savoir plus : www.kely.org

Programmes parascolaires et soutien par des pairs : Il existe une grande diversité de programmes de soutien par des pairs. Certains font appel à des élèves qui, à l'appui de l'enseignant, forment leurs pairs à la prévention. Si cette pratique est bien établie et peut se révéler efficace lorsque les pairs éducateurs sont correctement formés et encadrés et qu'ils appliquent des méthodes fondées sur des données probantes (par ex. Tobler et al., 2000), le recours aux pairs pour des activités parascolaires apparaît tout aussi prometteur (Campbell et al., 2008). Comme il ressort des conclusions d'un examen systématique et d'une méta-analyse, les interventions menées par des pairs peuvent

être efficaces pour prévenir la consommation de tabac, d'alcool, voire de cannabis chez les adolescents, même si les données disponibles sont globalement limitées et proviennent en majeure partie d'études d'échelle réduite et de qualité médiocre (MacArthur et al., 2015).

Ces programmes n'empiètent pas sur le temps d'enseignement du programme formel et s'inscrivent plutôt dans la culture scolaire informelle, en faisant appel à des pairs leaders. N'étant pas obligatoires, on peut douter de leur capacité à atteindre les jeunes qu'ils ciblent. Ils ont, néanmoins, donné des résultats prometteurs concernant la

réduction du tabagisme et de l'alcoolisme chez les jeunes adolescents. D'une manière générale, ces programmes sont complexes et exigent une grande vigilance pour le recrutement, la sélection, la formation et le soutien continu des pairs leaders par des formateurs professionnels (D'Amico et al., 2012).

Programmes de mentorat : Ces programmes reposent sur la relation individualisée entre un adulte, le « mentor », et un élève, le « mentoré ». Ils sont conçus pour être mis en œuvre en dehors du cadre d'enseignement formel. Le mentor peut être un enseignant, un tuteur, un conseiller, un membre du personnel infirmier, du personnel de l'école (par ex. membre du personnel d'entretien ou de la cafétéria) ou de la communauté. Le mentorat peut être organisé de manière formelle ou informelle entre l'adulte et le jeune et revêtir de multiples formes. Il n'est donc pas possible de tirer des conclusions définitives sur l'utilité du mentorat pour prévenir la consommation de substances psychoactives ou améliorer le niveau scolaire. On constate, toutefois, que ces programmes ont une incidence positive modérée sur les aspects ci-dessus comme sur maints aspects relatifs à l'épanouissement des jeunes quand leur mise en œuvre est soigneusement structurée et que les mentors reçoivent une formation et un encadrement adaptés. Les programmes de mentorat à multiples composantes (par ex. amitié, soutien affectif, plaidoyer et orientation) offrent des possibilités intéressantes auprès des jeunes plus vulnérables (prévention sélective et indiquée) (Keller et al., 2012 ; Thomas et al., 2011 ; Tolan et al., 2013).

Activités sportives et récréatives : Une grande variété d'activités récréatives et sportives peuvent être proposées après l'école (par ex. sports individuels, sports d'équipe, clubs à thèmes, tels que arts du spectacle, beaux-arts, sciences). Les seules données de recherche qui ont été recueillies pour étudier l'incidence des loisirs ou des activités récréatives concernent le sport. Si le sport est souvent perçu comme salutaire pour les jeunes, aucun élément probant ne vient aujourd'hui étayer son efficacité pour la prévention de la consommation de substances psychoactives. En réalité, à ce jour, le constat qui ressort invariablement est que la pratique d'un sport est associée à une plus grande consommation d'alcool. On observe, cependant, aussi, une corrélation entre la participation à un sport et une diminution de la consommation illicite de drogues, en particulier de drogues n'appartenant pas à la famille du cannabis. (Kwan et al., 2014 ; ONUDC, 2013).

Il est, par conséquent, indispensable que les écoles et les communautés fassent preuve d'une extrême prudence lorsqu'elles mettent en place des activités sportives après l'école dans l'optique de la prévention de la consommation de substances psychoactives. Même si le sport n'a aucun effet préventif sur la consommation de ces substances en tant que tel, il est tout à fait possible que les activités sportives ou récréatives offrent un cadre propice pour des programmes de prévention fondés sur des données

probantes (c'est-à-dire englobant le développement de compétences personnelles et relationnelles ou une autre composante validée, parallèlement à la diffusion de messages clairs dans des politiques et des programmes à l'encontre de la consommation d'alcool et d'autres drogues, et l'évaluation des résultats) (Kwan et al., 2014 ; ONUDC, 2013).

Programmes de soutien aux familles et à la parentalité : la famille est le lieu qui a le plus d'influence sur la vie des enfants et des jeunes. Une grande attention a donc été portée à l'élaboration et à l'évaluation des programmes de prévention en milieu familial (ONUDC, 2013).

La palette de programmes qui s'offrent au choix des écoles et des communautés est très étendue. Les programmes orientés vers la famille (c'est-à-dire vers les parents et les enfants), intensifs et structurés, ont démontré une efficacité à long terme et un meilleur rapport coût-efficacité que les programmes peu intensifs et ceux exclusivement axés sur les parents (Foxcroft et Tsertsvadze, 2011 ; Munton et al., 2014 ; Spoth et al., 2002).

Les programmes de soutien aux familles doivent leur efficacité au fait qu'ils mettent l'accent sur le développement de compétences et ne se contentent pas d'enseigner de bonnes pratiques parentales. Il s'agit de programmes interactifs, conçus pour favoriser la mise en pratique de compétences dans un contexte sûr à travers des jeux de rôle, des jeux éducatifs et des projets familiaux. La question de la consommation de substances psychoactives est, selon le cas, abordée directement lorsqu'ils ciblent des familles où les enfants ont dépassé l'âge moyen lors de la première consommation. Ils peuvent être mis en œuvre dans différents contextes, dont les écoles, et s'adresser soit à toutes les familles, soit à des catégories spécifiques de familles. L'impact positif des programmes conduits au sein de l'école sur l'implication des parents dans la vie scolaire a ainsi été démontré.

Les programmes de soutien aux familles et à la parentalité ont souvent une dimension universelle, c'est-à-dire qu'ils ciblent toutes les familles indépendamment du niveau de risque auquel elles sont exposées. Pour les programmes universels inculquant des compétences parentales, entre quatre et huit séances suffisent habituellement pour obtenir des résultats ; pour les programmes qui ciblent des populations à risque, il faut en général davantage de séances. Dans l'un et l'autre cas, l'objectif est d'apporter un double soutien : aux parents en les aidant à acquérir des compétences parentales, à créer un lien chaleureux et sécurisant, à communiquer, à assurer un suivi et une discipline adaptée à l'âge de chacun, et aux enfants en les aidant à développer des compétences nécessaires à la vie courante (ONUDC, 2009).

ÉTUDE DE CAS 10 : Une approche fondée sur des données probantes – Adaptation et mise en œuvre du programme de renforcement des familles pour les 10-14 ans (SFP 10-14) (Serbie)

Le programme de renforcement des familles (SFP 10-14, Strengthening Families Programme) est un programme universel et validé par des données probantes, qui s'adresse aux familles dont les enfants ont entre 10 et 14 ans. Sept séances de deux heures sont proposées aux jeunes et aux parents, séparément et ensemble, pour leur apprendre à mieux communiquer au sein de la famille et résister aux influences et pour prévenir la consommation de substances psychoactives chez les jeunes. Une évaluation rigoureuse du programme, effectuée dans des conditions contrôlées et dans des conditions réelles, en a démontré l'efficacité à plus long terme.

Cet exemple montre que l'on peut obtenir de bons résultats en adoptant et adaptant intelligemment un programme fondé sur des données probantes (par opposition à un programme entièrement conçu à l'échelle locale). En 2013, le ministère serbe de l'Éducation, des Sciences et du Développement technologique a lancé, avec l'appui du Bureau de programme de l'ONU DC en Serbie et deux municipalités, une initiative destinée à expérimenter le passage à grande échelle de ce programme de soutien aux familles.

Pour faciliter le processus, le programme SFP 10-14 a été ajouté à la liste des programmes du ministère de l'Éducation accrédités au niveau national, et la formation spécifique nécessaire a été intégrée à la formation ordinaire des enseignants en vue d'un renforcement systématique des capacités pour ce programme en particulier et pour la prévention de la consommation de substances en général.

Plus d'une vingtaine d'écoles primaires de Belgrade avaient auparavant expérimenté le programme pour en établir la faisabilité et l'efficacité dans le cadre d'une évaluation qualitative et quantitative conduite en 2013. Cette évaluation avait conclu à l'impact positif du programme sur les pratiques parentales dans les familles participantes. À l'issue de la formation, les parents ont déclaré avoir plus souvent recours à des méthodes de discipline positive (par ex. expliquer les conséquences d'un comportement inadéquat et les raisons justifiant l'application de règles au sein de la famille, laisser s'écouler un « temps d'apaisement » avant de réagir à un comportement inadéquat) et passer davantage de moments de qualité en famille. Quant aux enfants, ils se sont dits capables d'une plus grande maîtrise de soi après la formation (par ex. se fixer des objectifs et gérer le stress). Plus de 450 familles ont pris part à cette phase expérimentale, et plus de 100 animateurs et 26 formateurs de formateurs ont été formés, ce qui ouvre de vastes perspectives de pérennisation.

L'adaptation culturelle définitive des supports a été réalisée au terme de la phase expérimentale et fera l'objet d'un processus de suivi et d'évaluation durant les cinq prochaines années dans le cadre du passage à grande échelle du programme. Réfléchissant sur cette phase d'expérimentation, les organisateurs ont noté un déni général et une méconnaissance des problèmes d'usage de substances psychoactives dans les écoles et la communauté.

Les enseignants étaient surchargés ; or, leur enthousiasme est un facteur clé de réussite. Les organisateurs en ont déduit les principaux ingrédients du succès : interactivité, attention prioritaire aux enfants, lien avec les familles, soutien des municipalités et rapprochement entre les familles et les écoles

Pour en savoir plus : <http://www.strengtheningfamiliesprogram.org/sp-10-14.html>

ÉTUDE DE CAS 11 : Une approche prometteuse – Participation des parents à des programmes éducatifs (Russie)

En 2010, l'ONG russe Humanitarian Project a lancé le programme « 15 » spécialement conçu pour associer les parents à la prévention. Ce programme prévoit quinze séances de trois heures destinées aux adolescents et à leurs parents ou tuteurs.

Les participants sont répartis en quatre groupes, par âge et par sexe. Des séances de formation spécifique à chaque groupe sont organisées. S'y ajoutent des réunions communes entre les quatre groupes pour échanger sur différents thèmes. L'objectif des séances et des réunions est d'améliorer les relations entre les parents et les enfants et d'approfondir leurs connaissances sur la consommation de substances psychoactives, le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles (IST).

Le programme « 15 » aide les adolescents à mieux se connaître, à résoudre des situations difficiles, à instaurer une relation de confiance avec leur famille, à faire des projets, à se fixer des objectifs et les atteindre et à développer leur confiance en soi. Pour les parents, il est l'occasion de discuter des problèmes d'éducation des enfants, de partager leurs expériences, de mieux comprendre leurs enfants et d'acquérir des techniques de communication efficaces. Les séances de formation leur permettent de renforcer leurs connaissances sur le VIH, la consommation de drogues, la santé génésique et le comportement sexuel des adolescents, de façon à pouvoir ensuite parler de ces sujets avec leurs enfants en gardant la mesure et sans faire la morale.

Selon les résultats de l'enquête d'évaluation menée dans huit régions de Russie, plus de 90 % des participants ont indiqué que le programme « 15 » avait transformé leur vie. Environ 55 % des personnes interrogées ont noté des progrès sur le plan relationnel ; 50 % ont commencé à faire des projets ; 31,7 % ont évité les comportements dangereux ; 10 % ont fait un test de dépistage du VIH. Parmi les adolescents ayant participé au programme, le pourcentage de fumeurs a baissé, passant de 26,6 % à 3,3 %, et tous ceux qui consommaient de l'alcool ont indiqué s'être arrêtés. Du côté des parents, le constat est identique : la proportion de fumeurs est tombée de 50 % à 30,3 %, et la consommation d'alcool a également chuté de 16,6 % à 3,3 %.

Pour en savoir plus : <http://iite.unesco.org/pics/publications/en/files/3214742.pdf>

Les écoles peuvent aussi se rapprocher des services de proximité dans leur environnement immédiat et faciliter l'accès aux services de santé (notamment pour le traitement de la consommation de substances psychoactives). Ces initiatives sont abordées en plus amples détails dans la Section 3.5.

Caractéristiques des programmes parascolaires et rattachés à l'école, associés à des résultats positifs, nuls ou négatifs en matière de prévention (ONUJDC, 2013)

Programmes de soutien par des pairs

- ▲ Formation adaptée et soutien continu et actif des pairs leaders
- ▲ Programme d'activités très structuré

Programmes de mentorat

- ▲ Formation adaptée et soutien des mentors
- ▲ Programme d'activités très structuré
- ▲ Programmes de soutien aux familles et à la parentalité
- ▲ Renforcement des relations familiales, c'est-à-dire du lien entre parents et enfants
- ▲ Aider les parents à s'impliquer plus activement dans la vie de leurs enfants
- ▲ Aider les parents à appliquer une discipline positive et adaptée au développement de l'enfant
- ▲ Aider les parents à donner l'exemple à leurs enfants

- ▼ Prévention dans le cadre de programmes d'activités sportives et récréatives
- ▼ Pratique sportive qui, en soi, peut être associée à une consommation accrue d'alcool, mais diminue la consommation illicite de drogues. Il faut mener un complément de recherches et faire preuve de prudence dans ce domaine
- ▼ Programmes d'épanouissement des jeunes
- ▼ Participation de jeunes à risque à des programmes d'activités mal structurés

Programmes de soutien aux familles et à la parentalité

- ▼ Affaiblissement de l'autorité des parents
- ▼ Mise en œuvre uniquement sous forme de conférences
- ▼ Information des parents sur les drogues pour qu'ils sachent que dire à leurs enfants
- ▼ Accent exclusif sur l'enfant
- ▼ Formation insuffisante des personnels chargés de dispenser ces programmes

ii. Face aux vulnérabilités : les stratégies de prévention sélective et indiquée

La tendance est à privilégier les stratégies universelles, notamment auprès des enfants et des jeunes, car elles permettent souvent d'aider ceux qui sont exposés à un risque aussi bien modéré qu'élevé à développer leur maîtrise de soi sans qu'ils aient à craindre une occasion supplémentaire de stigmatisation. Force est néanmoins de reconnaître que les stratégies qui ciblent des enfants et des jeunes présentant des facteurs de vulnérabilité particuliers (par ex. enfants dont les parents souffrent de problèmes de consommation de substances psychoactives) peuvent se concentrer sur des facteurs de risque bien précis et sont parfois d'une très grande efficacité auprès de la population en question pour peu que leur mise en œuvre soit judicieusement conduite. Ces stratégies ciblées peuvent donner de bons résultats chez les jeunes, soit en groupe (prévention sélective), soit individuellement (prévention indiquée).

Les initiatives de prévention sélective et indiquée mises en place dès les premières années d'école peuvent avoir un effet « boule de neige » salubre et, par la suite, retentir positivement sur une multitude d'aspects, parmi lesquels la réussite scolaire et la consommation de substances psychoactives (Toumbourou et al., 2007). Le renforcement de l'esprit de partenariat entre l'école et les parents afin que

parents et enseignants se sentent solidaires de leurs efforts mutuels est au cœur de ces initiatives (Castellanos-Ryan et al., 2013 ; Webster-Stratton et Taylor, 2001).

Les programmes de soutien à la parentalité décrits ci-dessus sont également efficaces. L'un d'eux, mené auprès de garçons indisciplinés âgés de sept à neuf ans pour leur inculquer des compétences sociales et des aptitudes à la résolution de problèmes et pour aider leurs parents à développer de bonnes pratiques parentales, a abouti à des résultats très satisfaisants concernant la consommation de substances psychoactives pendant l'adolescence (Castellanos-Ryan et al., 2013).

Les enfants dont les parents souffrent de problèmes liés à la consommation de substances psychoactives font partie des groupes reconnus comme vulnérables. Les programmes qui ciblent ce groupe d'enfants sont prometteurs, en particulier quand leur durée est supérieure à dix semaines et qu'ils prévoient des séances conjointes et séparées pour les enfants et pour les parents (Bröning et al., 2012).

Concernant les stratégies de prévention sélective et indiquée, deux aspects méritent attention :

- **le risque de cataloguer un élève** au cours du processus de sélection ; un moyen de l'éviter est de préparer l'initiative avec soin, de veiller à la plus stricte confidentialité et d'associer les élèves concernés à son élaboration ;
- **le risque d'aggravation du comportement antisocial** chez des élèves particulièrement exposés à un risque qui entrent dans un nouveau groupe (appelé « entraînement à la déviance ») (Hennessy et al., 2015 ; Rorie et al., 2011) ; un moyen de l'éviter est de bien structurer le programme.

Interventions brèves motivationnelles

Les interventions brèves sont une forme d'intervention ciblée potentiellement efficace auprès des adolescents (Carney, 2012 ; ONUJDC, 2013). Elles peuvent durer moins de cinq minutes ou comporter jusqu'à quatre séances. Leur efficacité pour les populations adultes est reconnue de longue date dans divers contextes médicaux (par ex. services des urgences, cabinet médical) et, d'après des recherches récentes, elle l'est aussi dans certains cas pour des élèves de l'enseignement secondaire. Les interventions brèves utilisent d'ordinaire des techniques motivationnelles qui consistent à amener une personne à accepter l'idée de changer son mode de consommation de substances psychoactives alors qu'elle y était initialement opposée. Certains éléments donnent à penser qu'elles sont plus efficaces en mode individuel qu'en mode collectif (Hennessy et al., 2015).

Mis au point par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le programme ASSIST a pour but de faciliter les actions de dépistage et les interventions brèves en lien avec la consommation de substances psychoactives, dont l'alcool, le tabac et les drogues illicites. Ses effets ne sont cependant démontrés que pour les adultes. Des études complémentaires sont donc nécessaires pour en mesurer l'efficacité auprès des adolescents (encadré, page 51).

ÉTUDE DE CAS 12 : Un programme validé par des données probantes – Le programme Preventure à Montréal (Canada)

Un programme de prévention de courte durée protège-t-il contre les méfaits de la consommation d'alcool et de cannabis sur le cerveau en réduisant la consommation dangereuse ? C'est ce que cherche à démontrer une étude menée actuellement à Montréal (Canada) au titre du programme Preventure. Cette étude s'inscrit dans une longue série de recherches rigoureuses qui valident le principe d'une corrélation entre un risque accru de consommation dangereuse d'alcool et de drogue chez les jeunes et quatre traits de leur personnalité : sensibilité à l'anxiété, désespoir, impulsivité et recherche de sensations fortes.

Il ressort de ces recherches qu'une intervention brève (180 minutes au total réparties sur plusieurs séances) spécialement adaptée à un trait de personnalité particulier réduit la consommation d'alcool et de cannabis chez les jeunes adolescents. À ce jour, cinq pays ont évalué le programme Preventure dans une multitude de contextes (établissements d'enseignement secondaire, unités psychiatriques, populations locales), permettant de démontrer son efficacité à prévenir et retarder le début de la consommation et la consommation impropre d'alcool, la consommation de cannabis et d'autres drogues illicites. Concernant la consommation de substances psychoactives, les effets varient de modérés à importants et peuvent perdurer pendant les trois années suivant l'intervention.

À Montréal, des écoles ont manifesté leur intérêt pour des programmes validés par des données probantes, notamment à la suite d'une étude effectuée dans une province montrant que 10 % des élèves en dernière année d'enseignement secondaire (âgés de 16 et 17 ans) présentaient des symptômes cliniquement significatifs de troubles liés à la consommation de substances psychoactives.

Comme l'a déclaré un responsable pédagogique, « Il y avait une réelle volonté d'investir nos maigres ressources dans des programmes validés concernant la consommation de substances psychoactives chez les jeunes, mais les programmes communautaires abordables et les organisations ne proposaient pas de programmes suffisamment validés. La priorité était de trouver un programme comportant un volet consacré à l'intervention (par opposition à un simple volet dépistage, éducation ou témoignage). »

Les séances destinées aux élèves sont animées par des personnels scolaires qui ont reçu trois jours de formation. Elles utilisent des approches psychopédagogiques, des thérapies par renforcement motivationnel et des approches cognitives et comportementales. Des manuels décrivent des scénarios illustratifs tirés du vécu d'adolescents qui présentent les traits de personnalité à risque ciblés par l'intervention. Les exercices proposés sont variés et comportent par exemple des discussions sur des réflexions, des émotions et des comportements en fonction de chaque trait de personnalité.

Tenant compte des interrogations récentes sur l'action potentielle de la consommation d'alcool et de cannabis sur le développement du cerveau de l'adolescent, l'un des objectifs des recherches est d'évaluer l'effet protecteur du programme au niveau cognitif sur cinq principaux points : QI général, mémoire épisodique, mémoire de travail, inhibition de réponse et sensibilité à la récompense.

Parmi les caractéristiques du programme qui ont suscité l'intérêt des administrateurs scolaires, on peut citer :

- la souplesse dans le choix des personnes chargées d'animer les interventions,
- les interventions brèves et par groupes, relativement simples à mettre en œuvre
- un corpus de recherches solide qui facilite la promotion du programme.

Pour en savoir plus :

<http://co-venture.ca/en/files/2012/06/PREVENTURE-PAMPHLET-09.06.2014.pdf>
<http://legacy.nreppadmin.net/ViewIntervention.aspx?id=264>
<http://guidebook.eif.org.uk/programmes-library/preventure>

Les interventions brèves sont particulièrement adaptées au milieu scolaire pour différentes raisons :

- elles constituent une solution efficace et pratique pour remplacer des interventions classiques (par ex. confrontation, conférence ou exclusion) auprès d'un élève dont la consommation de substances psychoactives est jugée problématique par les responsables scolaires ;
- elles sont adaptées à des individus dont le mode d'utilisation de substances psychoactives n'est pas complètement établi, comme les adolescents ;
- elles peuvent être menées pendant ou après l'école et sont, par conséquent, très accessibles aux élèves ;
- les données montrent que certaines interventions peuvent aussi être confiées à des membres formés du personnel scolaire, et non pas uniquement à des professionnels de santé (Conrod et al., 2013 ; O'Leary-Barrett et al., 2010).

Le programme Preventure illustre l'efficacité des interventions brèves. Celles-ci exigent souvent de recourir à un spécialiste de la santé mentale ou à un médecin, mais elles donnent aussi de bons résultats lorsqu'elles sont assurées par des membres formés du personnel scolaire (Conrod et al., 2013).

Le programme ASSIST (test de dépistage de la consommation d'alcool, de tabac et de substances) de l'OMS se compose d'un court questionnaire, d'un guide contenant des indications à l'usage des professionnels de santé sur la façon d'appliquer le questionnaire pour dépister et traiter la consommation de substances psychoactives et d'un livret d'initiative personnelle pour réduire ou arrêter la consommation de substances psychoactives. Il est le fruit de plus de dix ans de travaux conduits par l'OMS et une équipe de chercheurs internationaux dans le cadre du projet ASSIST de l'OMS. Il a pour but de répondre à la demande croissante d'orientations concernant les bonnes pratiques de gestion des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives dans des unités de soins de santé non spécialisées. Rapide et simple à mettre en œuvre, ce programme s'applique à toutes les substances psychoactives, dont l'alcool et le tabac, mais aussi au cannabis, aux stimulants de type amphétamine, à la cocaïne et aux opiacés. D'une efficacité démontrée dans différents contextes culturels, il est devenu la clé de voûte de la réponse du système de santé à la consommation de substances psychoactives.

L'OMS a également mis au point d'autres outils d'interventions brèves, comme le dispositif AUDIT (test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool), conçu pour les services de soins de santé primaires.

Pour en savoir plus :

Pour en savoir plus :

http://www.who.int/substance_abuse/publications/media_assist/en
http://www.who.int/substance_abuse/activities/sbi/en/

Des interventions brèves peuvent aussi être proposées en ligne ou sur ordinateur. Les études conduites auprès d'élèves de l'enseignement secondaire donnent des résultats encourageants (Champion et al., 2013). Cette modalité d'intervention offre des perspectives très

intéressantes parce qu'il est plus facile d'en respecter les conditions de mise en œuvre et qu'elle peut aussi être plus attractive pour des jeunes, moins tentés par des modalités d'aide classiques (White et al., 2010).

Caractéristiques des programmes de prévention sélective et indiquée, associés à des résultats positifs, nuls ou négatifs en matière de prévention (ONUDD, 2013)

Interventions brèves

- ▲ Séance en face à face pour repérer un problème lié à la consommation de substances psychoactives chez une personne
- ▲ Informations ou conseils
- ▲ Accompagnement psychologique immédiat visant à renforcer la motivation d'une personne pour changer de comportement
- ▲ Acquisition de compétences pour induire un changement de comportement
- ▲ Orientation vers d'autres structures si nécessaire
- ▲ Mise en œuvre par un professionnel formé
- ▼ Risque de cataloguer involontairement un élève participant à un programme de prévention sélective ou indiquée
- ▼ Activités insuffisamment structurées pour des élèves à risque qui entrent dans un nouveau groupe (Hennessy et al., 2015 ; Rorie et al., 2011).

3.2.5. Services de santé scolaire appropriés

Les services de santé scolaire sont des services de santé destinés à des élèves scolarisés et assurés par des professionnels de santé et/ou paramédicaux, soit dans les locaux de l'école, soit dans d'autres structures communautaires ; leur mission doit faire l'objet d'une convention officielle entre l'établissement d'enseignement et l'organisme prestataire de soins de santé (Baltag et al., 2015).

Les services de santé scolaire ont pour vocation de répondre aux besoins des élèves en matière de santé physique, mentale et affective et d'offrir une continuité d'action des services de promotion de la santé, de prévention, de détection précoce et d'orientation. Leur rôle est de soutenir l'école dans sa mission en assurant la promotion de la santé des élèves et, notamment, la prévention et la réduction de la consommation de substances psychoactives et de ses conséquences sur le plan sanitaire et social.

Les bonnes pratiques reposent sur la mise en place d'un éventail complet de services d'information, conseil, diagnostic, traitement et soins destinés à couvrir les besoins de tous les adolescents (OMS, 2015). Grâce à cette large assise, les services de santé scolaire sont à même de répondre aux besoins et aux problèmes de santé des élèves (notamment les problèmes liés à la consommation de substances psychoactives) de manière intégrée et d'appuyer la mission pédagogique de l'école.

Les services de santé scolaire peuvent exister selon différentes modalités : sur place en tant que services en milieu scolaire ou services rattachés à l'école fournis par la communauté, ou bien services mixtes dispensés en milieu scolaire et dans des structures communautaires. Quelles

que soient les modalités, leur responsabilité première est de faire le lien entre l'école et les services sanitaires et sociaux de la communauté. À ce titre, les services de santé scolaire doivent être encadrés par une convention officielle signée entre l'établissement d'enseignement et le prestataire de soins de santé et dans laquelle sont clairement spécifiés les services sanitaires qui doivent être fournis dans l'école et ceux qui doivent l'être dans une structure de santé ou autre (OMS, 2015).

D'après une étude mondiale de l'OMS sur les services de santé scolaire, ces prestations sont habituellement dispensées dans l'enceinte de l'établissement (97 pays sur 102) et par un personnel spécialisé en santé scolaire (59 pays sur 102) (Baltag et al., 2015). La présence de ces services dans l'école les rend beaucoup plus aisément accessibles aux jeunes.

Bien que la plupart des pays en développement n'aient pas atteint la scolarisation universelle, la couverture éducative est en général meilleure que la couverture sanitaire. Les élèves ne savent souvent pas exactement quand, comment ni où s'adresser pour obtenir un conseil ou une aide (faible niveau de connaissances en matière de santé) ; connaissant l'existence des services offerts en milieu scolaire, ils sont, par conséquent, plus enclins à les utiliser.

C'est le cas en particulier des enfants et des jeunes vulnérables dont les chances d'accéder à des services classiques sont moindres (Robinson et al., 2003). Les résultats d'une étude montrent, par exemple, que les élèves ont 21 fois plus de chances de s'adresser à des structures de santé scolaires plutôt qu'à des structures de santé communautaires pour des questions concernant la santé mentale, y compris pour un soutien et un accompagnement psychologique en relation avec la consommation de substances psychoactives (Juszczak et al., 2003).

Les services de santé scolaire sont le plus souvent assurés par un personnel infirmier et, parfois, aussi par des médecins, psychologues, psychiatres, dentistes, travailleurs sociaux et conseillers. Compte tenu de sa formation professionnelle, le personnel infirmier est particulièrement bien placé pour jouer un rôle central auprès des services de santé scolaire et dans le domaine de la prévention de la consommation de substances psychoactives. En qualité de professionnel de santé, il peut :

- assurer une éducation à la prévention dans l'école (par ex. sur l'utilisation par les enfants et les jeunes de médicaments à d'autres fins que celles prescrites),
- repérer et gérer en toute sécurité une situation nouvelle dans la communauté (par ex. l'apparition d'un nouveau mode d'utilisation de substances psychoactives),
- aider les familles et les enseignants à repérer les signes et les symptômes de la consommation de substances psychoactives, de même que les facteurs de risque liés à cet usage (anxiété, dépression, déficit d'attention par exemple) et les aider à renforcer les éléments protecteurs

contre la consommation de substances psychoactives comme la santé mentale résiliente,

- identifier les besoins que peut avoir un élève de faire usage de substances psychoactives et y répondre, aider les élèves ou leurs familles à trouver les personnes-ressources compétentes et les guider dans leur recherche de services spécialisés,
- s'il a reçu une formation adéquate, effectuer des interventions brèves auprès d'élèves pour répondre efficacement à la consommation de substances psychoactives (voir Section 3.2.4) (Pirskanen et al., 2006),
- repérer et gérer les cas d'urgence (par ex. overdose) jusqu'à leur prise en charge par les services médicaux d'urgence et assurer le suivi avec le prestataire de soins de santé,
- sensibiliser la communauté aux problèmes touchant à la santé des enfants et des jeunes,
- motiver et former d'autres professionnels ou membres de l'école pour qu'ils adhèrent au projet de prévention et intègrent au programme scolaire des contenus validés par des données probantes en rapport avec la consommation de substances psychoactives.

Les attributions des personnels infirmiers scolaires couvrent un large spectre. Aux États-Unis, par exemple, ils sont mis à contribution pour décourager l'utilisation et la vente de cigarettes électroniques. Dans le cadre d'un programme global de santé scolaire, ils ont la possibilité de discuter des dangers de la cigarette électronique et promouvoir la prise en compte de cette question dans le programme d'éducation sur le tabagisme et dans les politiques de lutte contre le tabagisme à l'école, de fournir un accompagnement psychologique et une éducation aux élèves et d'identifier des ressources d'aide au sevrage tabagique (National Association of Nurses, aux États-Unis, 2015).

Au Royaume-Uni, des jeunes interrogés sur ces questions ont souligné le rôle très important du personnel infirmier scolaire pour « aider tous les jeunes à rester en bonne santé grâce à des programmes de santé publique, tout en apportant une aide précoce et des conseils spécifiques sur les problèmes de santé des adolescents afin que les jeunes puissent recevoir le soutien nécessaire, notamment en cas de désordres psychiques ou d'usage abusif d'alcool et de drogues, avant d'en arriver à un stade critique » (Ministère de la Santé du Royaume-Uni, 2012).

En Angleterre, le personnel infirmier scolaire propose aux écoles une gamme de prestations qui illustrent la continuité des services dans ce domaine (Ministère de la Santé du Royaume-Uni, 2012) :

- **Prestations de proximité (Community)** : le personnel infirmier scolaire effectue un travail de santé publique d'importance majeure à l'école et dans la communauté au sens large. À titre d'exemple, il prend part à l'évaluation des besoins de santé, conçoit des services accessibles aux jeunes, fournit des services de proximité et œuvre aux côtés des jeunes et du personnel scolaire en faveur de

la santé et du bien-être à l'école. Il travaille en particulier avec d'autres acteurs pour sensibiliser davantage la communauté à la prévalence de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes d'âge scolaire et à la promotion et à la protection de la santé et contribue, par là même, au renforcement des capacités locales pour la prévention de la consommation de substances psychoactives et l'amélioration des conditions de santé.

- **Services pour tous (Universal)** : le personnel infirmier scolaire est chargé de diriger, coordonner et fournir des services dans le cadre du programme HCP (Healthy Child Programme) axé sur la santé des enfants de 5 à 19 ans. La promotion de la santé de tous les enfants et les jeunes en rapport avec la consommation de substances psychoactives (dont l'alcool, le tabac et les drogues illicites) constitue l'un des volets du programme.
- **Services de soutien complémentaire (Universal plus)** : le personnel infirmier scolaire est un maillon essentiel du dispositif d'aide et de soutien complémentaire auprès des enfants, des jeunes et des familles qui en ont besoin. Il offre une « aide précoce » en repérant les enfants qui ont commencé à utiliser des substances psychoactives et en leur proposant des interventions brèves et/ou en les orientant ou dirigeant vers d'autres structures.
- **Services de soutien renforcé (Universal partnership plus)** : le personnel infirmier scolaire fait partie d'équipes qui fournissent des services de soutien renforcé et continu aux enfants, jeunes et familles qui sont vulnérables et ont besoin d'un soutien à plus long terme, comme les enfants de parents ayant des besoins complexes susceptibles de mettre en danger leur enfant (par ex. toxicomanie, désordres psychiques, violence familiale au sein du foyer).
- Les services d'infirmier scolaire font également partie d'un réseau dense d'organismes au service des enfants, des jeunes et des familles qui interviennent dans les domaines de la protection de l'enfance.

Une étude des services de santé scolaire réalisée à l'échelle mondiale montre que leur champ d'intervention ne couvre la consommation de substances psychoactives que dans 25 pays sur 102 seulement (Baltag et al., 2015). Il y a donc tout lieu de penser que les services de santé scolaire pourraient jouer un rôle accru dans une réponse globale du secteur de l'éducation à la consommation de ces substances dans de nombreux pays.

Données probantes et expériences concernant des partenariats réussis entre écoles et services de santé (Gouvernement de l'Australie méridionale, 2006) :

- ▲ Importance fondamentale d'une communication efficace et de relations interpersonnelles étroites
- ▲ Accent mis sur la mission d'enseignement et d'apprentissage de l'école
- ▲ Articulation des liens entre santé, apprentissage et pérennité
- ▲ Visées, objectifs et buts communs
- ▲ Besoin en personnels de santé et d'éducation pour aider à comprendre et valoriser le rôle de chacun
- ▲ Flexibilité et adaptabilité
- ▲ Longue période d'élaboration

3.2.6. Gestion de la réponse du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives

Pour être efficaces, les stratégies nationales de lutte contre la drogue ou les systèmes nationaux de prévention de la consommation de substances psychoactives doivent mettre en œuvre une large palette de politiques et d'interventions intégrées et scientifiquement fondées dans de multiples contextes, en ciblant des tranches d'âge et des niveaux de risque pertinents. Le secteur de l'éducation a un rôle vital à jouer dans ce dispositif, aux côtés des secteurs de la santé, du développement social, de la jeunesse, de la justice et de la répression.

L'impact d'une réponse du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives dépend directement de la qualité de sa gestion aux niveaux local, régional ou national. De toute évidence, un pays a infiniment plus de chances de déployer largement et, partant, avec d'autant plus d'effets une réponse cohérente sur le long terme que sa gestion est rigoureuse.

Tant au niveau national qu'au niveau régional, la gestion d'une réponse du secteur de l'éducation passe par une coordination de la réponse, la formation des personnels de ce secteur, le suivi et l'évaluation de la réponse, ainsi que la poursuite et le déploiement de la réponse à grande échelle.

La gestion de la réponse du secteur de l'éducation implique aussi la mise à disposition des ressources et infrastructures nécessaires pour sa mise en œuvre à long terme, par exemple (ONUDD, 2013) :

- un document de stratégie ayant pour objet d'informer les partenaires et le grand public sur le but et la nature de la réponse,
- des normes nationales relatives à la consommation de substances psychoactives, ainsi que des politiques et interventions de prévention de la consommation de ces substances en milieu scolaire,
- des normes professionnelles nationales à l'intention des praticiens de la prévention de la consommation de substances psychoactives en milieu scolaire,
- un système régional d'agrément centralisé des programmes de prévention régissant leur homologation selon un protocole validé par des données probantes (comme pour l'homologation de médicaments sur la base de critères de sécurité et d'efficacité) (Faggiano et al., 2014),
- une politique faisant obligation aux écoles de mettre en œuvre des politiques et des programmes de prévention de la consommation de substances psychoactives dans le cadre d'un dispositif de promotion et d'éducation sanitaire, personnelle ou sociale,
- un plan de formation des personnels concernés prévoyant une formation initiale (formation des futurs enseignants à l'université ou dans les établissements d'enseignement supérieur) et une formation continue

(dispensée en cours d'emploi) et prenant en compte les obstacles structurels qui nuisent à la qualité de mise en œuvre (par ex. surcharge de travail des enseignants, conditions de travail, ressources locales),

- des programmes d'incitation visant à encourager les enseignants ou autres personnels scolaires à participer à des programmes de prévention,
- un système national de surveillance et de suivi des données destiné à informer les décideurs, praticiens et chercheurs sur les tendances et les modes de consommation de substances psychoactives, de même qu'un plan de suivi et d'évaluation de la réponse du secteur.

i. Coordination de la réponse du secteur de l'éducation

La coordination de la réponse du secteur de l'éducation comprend deux aspects :

1. Coordination de la réponse avec les autres secteurs qui sont partie prenante d'une stratégie nationale relative à la drogue ou d'un système national de prévention de la consommation de substances psychoactives, en particulier le secteur de la santé et le secteur social.
2. Coordination au sein de la réponse du secteur de l'éducation (c'est-à-dire entre acteurs nationaux, régionaux et locaux, et entre différents sous-secteurs ou services du secteur).

Pour ce qui est du premier aspect, le secteur de l'éducation a un rôle important à jouer dans une stratégie nationale relative à la drogue ou un système national de prévention de la consommation de substances psychoactives. Cela nécessite d'établir un partenariat stratégique avec le ministère de la Santé. L'élaboration d'un programme d'action commun en vue de promouvoir la santé des jeunes et leur réussite scolaire doit être l'une des priorités majeures des différents services concernés. De surcroît, la réponse du secteur de l'éducation doit soutenir :

- les objectifs plus larges d'une stratégie ou d'un système en matière de prévention de la consommation de substances psychoactives en garantissant la qualité de mise en œuvre d'interventions portant sur les facteurs (de protection et de risque) en jeu dans la consommation de ces substances où le secteur de l'éducation peut mener une action efficace,
- le système national de suivi visant à clarifier la nature et l'ampleur de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes et l'échelle de la réponse,
- la stratégie élargie ; pour être perçue comme un partenaire crédible de la stratégie menée dans le domaine de la consommation de substances psychoactives, le secteur de l'éducation doit :
 - appuyer les interventions efficaces de prévention de la consommation de substances psychoactives susceptibles d'être mises en œuvre dans d'autres secteurs (par ex. taxes sur l'alcool et le tabac) et

- prendre la mesure de son rôle au regard des déterminants sociaux de la santé, des facteurs généraux (par ex. emplois de qualité, conditions de vie acceptables) qui influent fortement sur les facteurs plus directs concernant la consommation de substances psychoactives et les autres comportements dangereux pour la santé (Solar et Irwin, 2010).

La base d'un partenariat efficace entre les secteurs de la santé et de l'éducation réside dans une bonne compréhension mutuelle de leur mission et de leur mode de fonctionnement respectifs. Dans le secteur de la santé, par exemple, les cycles de programmation sont en général beaucoup plus courts que dans le secteur de l'éducation, où le processus intensif d'actualisation des programmes scolaires n'a lieu que de façon périodique (c'est-à-dire Recherches → Élaboration de politiques relatives aux contenus → Programmes scolaires et plans de cours → Supports pédagogiques → Formation des formateurs → Formation initiale et continue → Enseignement en classe).

Les autorités de santé possèdent une vaste expertise, mais il leur faut connaître la situation des écoles (points forts et contraintes) dont elles ont la charge. De même, en mettant à profit les compétences des professionnels du champ de la prévention et de la promotion de la santé, les autorités éducatives peuvent éviter de se lancer dans des initiatives inefficaces, voire coûteuses.

Pour ce qui est du deuxième aspect, la coordination nécessite un leadership capable d'articuler harmonieusement les efforts entre les représentants identifiés aux niveaux national, régional et local et les représentants des différents sous-secteurs, services et unités du secteur de l'éducation. Il faut aussi que ceux qui détiennent une position de leadership adhèrent pleinement à une réponse fondée sur des données probantes, autrement dit une réponse qui :

- explicite et prend directement en charge les vulnérabilités des enfants et des jeunes se rapportant à leurs compétences,
- applique des interventions ayant fait la preuve de leur efficacité théorique (c'est-à-dire ayant produit des effets positifs significatifs dans des conditions contrôlées), et, si possible, de leur efficacité réelle (c'est-à-dire produisant des effets positifs significatifs dans des conditions réelles),
- fait l'objet d'un suivi et peut, à tout le moins, être évaluée (c'est-à-dire à chaque niveau de la réponse, depuis le niveau stratégique jusqu'au niveau local, un plan documenté expose de façon claire et logique les visées, objectifs et indicateurs de réussite qui s'insèrent dans des plans établis à d'autres niveaux), et
- prévoit des crédits suffisants pour financer une évaluation continue et périodique de l'efficacité de la réponse, en analysant les effets positifs produits sur les comportements de consommation de substances psychoactives ou les facteurs étroitement liés à cet usage.

Il est, par ailleurs, indispensable que ces acteurs clés de la réponse du secteur de l'éducation s'emploient à mobiliser et coordonner le rôle des partenaires concernés du secteur de l'éducation, comme les associations de

jeunes, d'enseignants et de parents d'élèves, les ONG compétentes, les personnalités locales, les communautés religieuses et leurs chefs, le secteur privé, les universités et autres instituts de recherche. Un partenariat avec des universitaires spécialistes des sciences sociales ou de la santé peut appuyer une réponse fondée sur des données probantes à travers un suivi et une évaluation rigoureux des efforts déployés à chaque niveau, depuis le niveau stratégique jusqu'au niveau local. Définir les rôles et les responsabilités de toutes les parties prenantes est essentiel pour coordonner ces efforts en utilisant au mieux les ressources disponibles et en réduisant les doubles emplois.

Dans la coordination d'une réponse du secteur de l'éducation, la diversification des angles d'approche est importante. Il est monnaie courante que les parties prenantes aient des points de vue différents sur la consommation de substances psychoactives chez les jeunes (par ex. allant du laissez faire à la sanction) et prônent des approches idéologiques ou tirées de l'expérience. La meilleure solution, en l'occurrence, est de continuer à s'appuyer sur des données probantes et de présenter les informations scientifiquement fondées les plus crédibles sur une question.

ii. Suivi et évaluation de la réponse du secteur de l'éducation

Le processus de suivi et d'évaluation permet aux différents acteurs, notamment ceux qui sont en charge de la gestion de la réponse, d'évaluer la qualité de mise en œuvre des principales activités et les réalisations auxquelles elles ont abouti. Il aide aussi à choisir des interventions validées par des données probantes, à les adapter et à les expérimenter de façon rigoureuse, et à mettre en place des processus de qualité aptes à garantir la fidélité de mise en œuvre, en vue d'accroître les chances d'obtenir un impact positif sur la consommation de substances psychoactives et le bien-être des élèves.

À l'échelle du secteur de l'éducation, le suivi et l'évaluation comprend les éléments suivants :

Suivi de la nature et de l'ampleur de la consommation de substances psychoactives et des facteurs qui y contribuent

Pour que la réponse du secteur de l'éducation soit entièrement fondée sur des données probantes, il est nécessaire de partir d'une connaissance bien précise du contexte ou du besoin réel sur le terrain. Ces informations peuvent aussi être utiles à d'autres ministères. Il est donc probable que la mise en place de ce système de surveillance relève d'une stratégie relative à la drogue ou de la responsabilité d'une entité statistique du gouvernement. Les informations de nature à intéresser le secteur de l'éducation et les autres secteurs portent notamment sur :

- **La prévalence et les modes d'utilisation** : quels sont les pourcentages (ventilés par âge, genre et autres caractéristiques importantes) de personnes, en particulier

de jeunes, qui consomment des substances psychoactives et lesquelles ? À quelle fréquence et en quelle quantité ? Quelles sont les conséquences sur le plan sanitaire et social ? À quel âge les jeunes commencent-ils habituellement à consommer ces substances ?

- **Les facteurs de vulnérabilité (facteurs de risque/ de protection) :** quels sont les principaux facteurs qui exposent les jeunes à un risque de consommation de substances psychoactives et à ses conséquences sur le plan sanitaire et social dans le contexte en question ? Pour quelles raisons commencent-ils à utiliser ces substances (par ex. difficultés des parents à assumer leur rôle, désordres psychiques, manque d'intérêt pour l'école, violence et abus, etc.) ? Pour quelles raisons la consommation de substances psychoactives entraîne-t-elle des troubles chez certaines personnes ?
- **Les facteurs environnementaux :** prix des substances psychoactives légales, conditions d'accès (par ex. horaires d'ouverture des magasins), proximité de magasins aux abords des écoles, législation nationale sur les limites d'âge et mesures de répression applicables (par ex. contrôle des lieux qui vendent ou servent de l'alcool ou qui vendent du tabac à des jeunes n'ayant pas l'âge minimum requis, etc.)

Selon des données de l'Observatoire mondial de la santé recueillies en 2010, sur l'ensemble des pays qui communiquent leurs données, un peu moins de la moitié (49 %) effectuent une enquête nationale sur la consommation d'alcool par les enfants et les adolescents et ceux qui effectuent un suivi de la consommation de drogues par les enfants et les adolescents sont encore moins (42 %) nombreux (avec d'importants écarts entre les régions dans les deux cas) (OMS, 2010).

Une meilleure planification des réponses du secteur de l'éducation dans le monde suppose qu'un plus grand nombre de pays recueillent systématiquement des données de surveillance, ventilées par âge et par genre. Les enquêtes mondiales sur la santé scolaire (comme l'Enquête sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé – www.hbsc.org, l'Enquête mondiale sur la santé en milieu scolaire – www.who.int/chp/gshs/en et l'Initiative pour un monde sans tabac de l'OMS – www.who.int/entity/tobacco/surveillance/), les bases de données (comme <http://www.emcdda.europa.eu/eib>) et les exemples d'indicateurs compilés dans le cadre du programme FRESH sont tous de puissants outils de planification pour l'évaluation des besoins (UNESCO, 2014).

Suivi de la réponse à tous les niveaux (du niveau stratégique au niveau local) et évaluation des résultats et des effets

Un suivi rigoureux des activités permet d'avoir une vision précise de l'utilisation des ressources pendant la mise en œuvre et d'opérer les réorientations nécessaires à mi-parcours. Le suivi requiert une planification minutieuse. Il importe, en outre, que chacun ait une perception claire des objectifs visés et des indicateurs applicables avant

l'intervention de façon à recueillir et consigner les données les plus utiles.

Au niveau national comme au niveau local, le processus porte sur plusieurs types de données, par exemple : les intrants ou ressources utilisées (dont les coûts), les activités réalisées en fonction du ou des besoins identifiés, ainsi que les produits ou extrants.

Par ailleurs, que ce soit au niveau stratégique national ou au niveau local, le processus de suivi a pour objet de vérifier si la mise en œuvre des extrants ou des activités attendue est conforme à ce qui était prévu. Il s'intéresse également à quelques questions principales relatives aux activités, par exemple :

- Les activités prévues ont-elles atteint les partenaires souhaités ou le groupe cible ?
- Les activités ont-elles été mises en œuvre telles qu'elles ont été conçues ?

L'évaluation des résultats concerne les changements qui sont intervenus dans le groupe cible grâce à la stratégie ou au programme. Les changements pertinents se rapportent le plus souvent aux comportements de consommation de substances psychoactives et aux facteurs clés qui influent sur cette consommation, comme les attitudes, intentions, normes sociales et compétences, qui ont constitué la cible du programme de prévention faisant l'objet de l'évaluation. Comme on l'a évoqué dans des sections précédentes, une réponse efficace à la consommation de substances psychoactives peut avoir une incidence sur d'autres aspects d'ordre social et sanitaire (par ex. combien de fois avez-vous harcelé ou été harcelé) et sur la réussite scolaire (par ex. combien de fois avez-vous sauté des cours)¹⁶. Recueillir des données sur ces effets est donc particulièrement opportun dans le cadre d'une réponse du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives, mais également essentiel pour déterminer si les ressources sont utilisées de manière éthique et efficace, si le programme contribue effectivement à la prévention de la consommation de substances psychoactives et s'il existe d'autres possibilités de l'améliorer.

Établir de façon fiable l'efficacité réelle d'un programme donné exige d'immenses compétences de recherche. Les universités et les instituts de recherche représentent probablement le vivier de compétences le mieux à même de répondre à ce besoin. Les scientifiques sont souvent en quête de programmes de recherche dans la communauté ; par conséquent, une collaboration entre universitaires et acteurs clés d'une réponse du secteur de l'éducation pour la prévention de la consommation de substances psychoactives a tout lieu d'être mutuellement profitable.

L'essai contrôlé randomisé (ECR) est une méthode d'évaluation idéale pour mesurer l'efficacité d'une

¹⁶ Consulter le site <http://www.communitiesthatcare.net/userfiles/files/2014CTCY5.pdf>

intervention, car il garantit une fiabilité optimale. Il exige, cependant, un tel niveau de compétences et un tel volume de ressources qu'on lui préfère parfois des méthodes d'évaluation plus simples. Ainsi, les évaluations de type avant/après, qui utilisent des indicateurs pertinents (par ex. consommation de tabac au cours du dernier mois, comportement perturbateur en classe) pour recueillir des données avant et après un programme, sont plus faciles à mettre en œuvre, avec moins de moyens et sans même faire appel à des chercheurs professionnels, tout en livrant des indications utiles sur les effets de l'approche de prévention concernée.

Avant de déployer un programme à l'échelle nationale, il est fortement recommandé d'en évaluer l'efficacité à l'aide d'études rigoureuses (habituellement, des essais randomisés multiples). Toutefois, si le programme est en cours d'élaboration, il peut être préférable d'effectuer une étude d'évaluation plus succincte avant de se lancer dans des essais plus complexes¹⁷. De nombreux programmes de prévention s'accompagnent d'outils d'évaluation prêts à l'emploi. Il existe aussi d'autres sources d'indicateurs applicables pour des évaluations, comme les enquêtes mondiales sur la santé en milieu scolaire (cf. ci-dessus : www.hbsc.org, www.who.int/chp/gshs/en, www.who.int/entity/tobacco/surveillance/), les bases de données (<http://www.emcdda.europa.eu/eib>) et les exemples d'indicateurs compilés dans le cadre du programme FRESH, qui sont

¹⁷ Lorsqu'un programme est mis en œuvre à l'échelle nationale, même s'il touche la majorité de la population scolaire, il est souvent difficile de mesurer son efficacité en s'appuyant sur des données nationales relatives à la prévalence de la consommation de substances psychoactives. À l'échelle nationale, en effet, il y a trop de facteurs indépendants qui contribuent à la consommation de substances psychoactives, comme leur accessibilité, et qui risquent d'influer sur les tendances nationales en la matière, en sus des programmes de prévention.

tous de puissants outils de planification pour l'évaluation des besoins (FRESH, M&E Coordinating Group, 2014).

D'après les données disponibles, 5 % seulement des pays membres déclarent évaluer l'impact de la réponse du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives (ONUDC, 2014). Il en ressort clairement le besoin d'orientations, de formation et de soutien pour conduire un processus de suivi et d'évaluation dans ce domaine.

D'un intérêt capital pour les acteurs de la mise en œuvre d'une stratégie ou d'un programme, les informations tirées du suivi et de l'évaluation sont également précieuses pour d'autres acteurs. Il est absolument indispensable d'intégrer davantage de données d'expérience provenant des pays à faible revenu (sur des pratiques aussi bien efficaces qu'inefficaces) dans l'ensemble de données probantes sur lequel sont fondées les réponses du secteur de l'éducation à la prévention de la consommation de substances psychoactives. La diffusion de ces données peut se faire par les revues scientifiques, les réseaux de savoirs et les centres d'information sur les interventions, comme le programme européen de prévention European Drug Addiction Prevention Trial (EU-Dap, <http://www.eudap.net/Home.aspx>).

Le Tableau 7 présente des exemples d'indicateurs applicables pour le suivi et l'évaluation de réponses du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives au niveau national ou régional. Ces indicateurs sont divisés en deux catégories, indicateurs de processus et indicateurs de résultats. Les indicateurs de processus s'appuient sur les composantes FRESH d'une réponse globale.

Tableau 7. Exemples d'indicateurs applicables pour évaluer des réponses du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives

Indicateurs	Fréquence de collecte des données	Méthodes de collecte des données
INDICATEURS DE PROCESSUS		
POLITIQUES DE SANTÉ SCOLAIRE		
Pourcentage d'écoles ayant rédigé une politique relative à la consommation de substances psychoactives (ou une politique de santé comportant un volet important relatif à l'usage de substances psychoactives) qui interdit la consommation de drogues, d'alcool et de tabac aux élèves, au corps professoral et aux personnels dans l'enceinte de l'établissement et durant toutes les activités organisées par l'école	Tous les 3 à 5 ans	Étude mondiale sur les politiques et pratiques de santé scolaire (G-SHPPS)
Pourcentage d'écoles ayant rédigé une politique sur les moyens de répondre de façon non punitive lorsque des élèves sont surpris en situation d'usage d'alcool, de tabac ou de drogues dans l'enceinte de l'établissement ou durant des activités organisées par l'école	Tous les 3 à 5 ans	G-SHPPS
ENVIRONNEMENT D'APPRENTISSAGE SÛR		
Pourcentage d'écoles mettant régulièrement en application des politiques relatives à l'abus de substances psychoactives	Tous les 3 à 5 ans	G-SHPPS
Pourcentage d'élèves ayant bénéficié d'une éducation pour la prévention du tabagisme	Tous les 3 à 5 ans	G-SHPPS
ÉDUCATION À LA SANTÉ FONDÉE SUR L'ACQUISITION DE COMPÉTENCES		
Programme national d'études attribuant un nombre donné d'heures de cours par année scolaire à une éducation visant l'apprentissage de compétences et fondée sur des données probantes	Tous les 2 à 3 ans	Analyse de programmes d'études (cf. normes ONUDC pour la définition de l'éducation fondée sur des données probantes)
SERVICES DE SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE		
Pourcentage de membres du personnel infirmier/médical scolaire ayant suivi une formation sur la prévention et le traitement de la consommation de substances psychoactives	Tous les 2 ans	Enquêtes auprès d'écoles et d'enseignants
INDICATEURS DE RÉSULTATS		
INFORMATIONS SUR LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES		
Pourcentage d'élèves se déclarant prêts à accepter l'offre d'un verre d'alcool par un de leurs meilleurs amis	Tous les 2 ans	Enquête en milieu scolaire/GSHS
Pourcentage d'élèves indiquant avoir appris à résister à l'offre d'alcool	Tous les 2 ans	Enquête en milieu scolaire
COMPORTEMENT RELATIF À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES		
Pourcentage d'écoles où les membres du personnel ne fument pas durant la journée ou fument dans des espaces spécialement prévus	Tous les 2 ans	Enquêtes auprès d'écoles et d'enseignants
Pourcentage d'écoles où les élèves ne fument pas dans l'enceinte de l'établissement	Tous les 3 à 5 ans	Enquêtes auprès d'écoles et d'enseignants
Pourcentage d'élèves ayant consommé au moins une boisson alcoolisée au cours des 30 derniers jours	Tous les 3 à 5 ans	GSHS
Pourcentage d'élèves ayant fait usage de marijuana au cours des 30 derniers jours	Tous les 3 à 5 ans	GSHS
Pourcentage d'élèves ayant déjà utilisé des amphétamines ou des méthamphétamines (utiliser aussi les noms argotiques propres à chaque pays)	Tous les 3 à 5 ans	GSHS
Pourcentage d'élèves ayant fumé des cigarettes au cours des 30 derniers jours	Tous les 3 à 5 ans	GSHS
Pourcentage d'élèves âgés de 13 à 15 ans ayant déjà expérimenté le cannabis	Tous les 3 à 5 ans	Enquête en milieu scolaire/GSHS ou Enquête sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC)
Pourcentage d'élèves âgés de 13 à 15 ans ayant déjà été ivres	Tous les 3 à 5 ans	Enquête en milieu scolaire /GSHS ou HBSC

Adapté de : FRESH, M&E Coordinating Group, 2014.



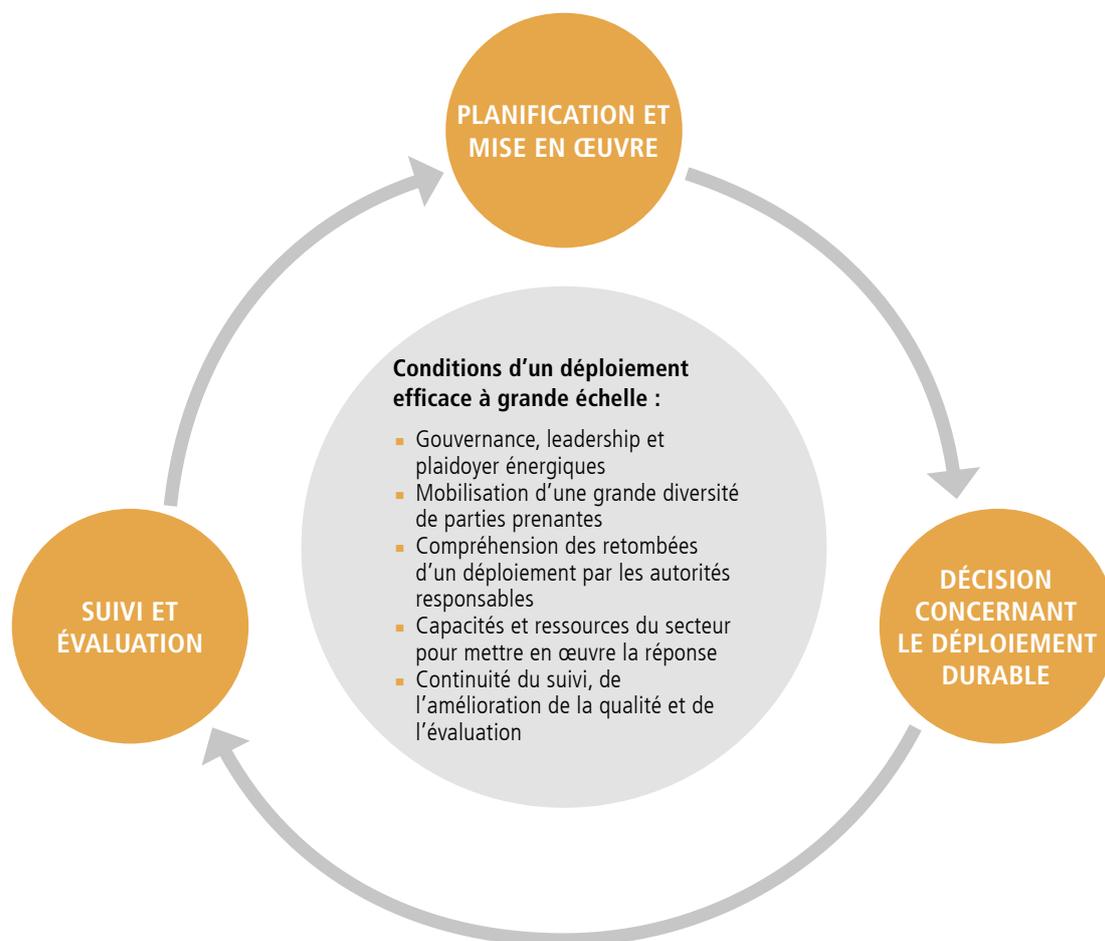
4. ASPECTS À PRENDRE EN COMPTE POUR DÉPLOYER À GRANDE ÉCHELLE DES RÉPONSES EFFICACES ET DURABLES DU SECTEUR DE L'ÉDUCATION À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Le présent document prône l'adoption d'une réponse holistique du secteur de l'éducation comportant des éléments relatifs à la consommation de substances psychoactives et examine les données probantes associées à ces derniers.

L'évaluation d'une approche véritablement holistique relève du défi. Il apparaît dès lors plus réaliste d'évaluer

individuellement des programmes ou des approches dans le cadre d'une initiative. C'est donc au niveau d'un programme ou d'une approche spécifique (par ex. une pratique, une politique, un programme d'études, un programme de formation des enseignants, etc.) que sera analysée le déploiement à grande échelle d'une réponse durable du secteur de l'éducation.

Figure 20. Aspects à prendre en compte pour déployer à grande échelle des réponses durables du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives



En règle générale, c'est à l'issue du cycle d'un programme de prévention de la consommation de substances psychoactives ou du cycle d'un programme d'acquisition de compétences qu'une décision sur son sort doit être prise aux niveaux national, régional et local. Dans un cas comme dans l'autre, lorsque vient le moment de prendre une décision de ce type, les données et les résultats de suivi et d'évaluation sont d'une importance capitale. Durant la phase initiale d'élaboration ou lors de l'adaptation d'un programme ayant déjà montré son efficacité théorique dans un autre contexte, il est possible et recommandé de se contenter d'une évaluation succincte de son efficacité (par ex. évaluation de type avant/après sans groupe de comparaison ni groupe témoin) pour vérifier que le programme fonctionne comme espéré.

Plusieurs possibilités se présentent :

- Si une intervention ou un programme s'est, dans sa forme actuelle, révélé inefficace ou préjudiciable, il est

possible, soit de revenir à la logique du programme et d'analyser les résultats de l'évaluation pour apporter les rectifications nécessaires, soit de mettre fin au programme. Si les résultats sont médiocres, mais que le processus est solidement documenté, les autorités peuvent préconiser de poursuivre le programme sous une forme remaniée.

- Si l'évaluation fait ressortir une incidence positive du programme, un choix s'impose : le poursuivre ou l'étendre. Si le programme n'a fait l'objet que d'une évaluation succincte, il semble prudent de continuer le processus, mais de procéder à une évaluation rigoureuse du processus et des résultats (essai quasi-expérimental ou essai contrôlé randomisé), tout en gardant présent à l'esprit que, dans certains contextes, le coût de cette évaluation peut être prohibitif. Si les résultats sont positifs et que les données probantes sont de bonne qualité, il y a lieu d'étudier la façon de déployer le programme à une échelle plus large pour que d'autres populations puissent en bénéficier.

ÉTUDE DE CAS 13: Une approche fondée sur des données probantes – Déploiement d'un programme d'acquisition de compétences familiales (Ouzbékistan)

L'exemple des autorités ouzbèkes montre qu'il est possible d'adopter, d'adapter et de déployer un programme de prévention fondé sur des données probantes sans en diminuer l'efficacité. Le programme FAST (Families and Schools Together) propose à tous les élèves d'une même année scolaire et à leur famille de suivre, pendant huit semaines, des séances de formation après l'école pour acquérir des compétences familiales. Ce programme a pour but de soutenir et renforcer les relations au sein de la famille, d'inculquer aux enfants des compétences nécessaires pour la vie courante et d'enseigner à leurs parents de bonnes pratiques parentales. Il vise aussi à consolider les relations entre les familles et les relations entre la famille, la communauté et l'école. D'après les études nombreuses et rigoureuses qui ont été conduites dans différents contextes, son action sur la prévention de la consommation de substances psychoactives et des autres comportements dangereux pour la santé chez les jeunes est efficace.

En 2012, sous l'impulsion du ministère de l'Enseignement public, le gouvernement ouzbèk a adopté une approche de la prévention de la consommation de substances psychoactives fondée sur des données probantes et décidé d'appliquer le programme FAST. Avec l'appui de l'ONU DC, le ministère de l'Enseignement public a mis en place un processus minutieux : identification de sites pilotes, adaptation du programme aux spécificités culturelles et traduction (sous la conduite d'une équipe nationale chargée de l'adaptation culturelle), formation des ressources locales et évaluation des résultats du programme pilote. Environ 150 familles y ont participé.

Un plan d'étude avant et après le programme a été appliqué pour vérifier l'adaptation au contexte local. Les parents ont été interrogés sur l'encadrement et les liens sociaux, leur participation à l'éducation de leurs enfants, leur efficacité personnelle perçue, l'environnement familial et le comportement de leurs enfants. Les enseignants ont rempli un questionnaire sur le comportement des enfants et leurs résultats scolaires, ainsi que sur l'implication des parents dans l'éducation de leurs enfants.

L'évaluation du programme pilote a mis en évidence des changements statistiquement significatifs et une évolution positive chez les enfants et dans les familles dans les domaines suivants :

- baisse de la consommation de tabac et d'alcool au sein de la famille
- réciprocité et confiance accrues entre les parents, ferment de la communauté
- plus grande implication des parents à l'école
- diminution des tensions familiales
- amélioration des liens entre parents et enfants.

En 2015, devant le succès du programme pilote, il a été décidé d'étendre l'initiative à trois régions d'Ouzbékistan, touchant ainsi 240 familles supplémentaires.

Le ministère de l'Enseignement public a joué un rôle de premier plan tout au long de la mise en place et du déploiement du programme, tout d'abord par la détermination qu'il a démontrée en faveur d'une démarche de prévention validée, mais aussi par les efforts qu'il a déployés pour inciter les écoles à participer, recruter des formateurs et prendre en charge leurs salaires, sélectionner des écoles et parrainer un centre de ressources pour le Programme d'acquisition de compétences familiales

Pour en savoir plus : <https://www.familiesandschools.org/whyfast-works/evidence-based-lists/>

Différentes raisons font que, bien souvent, les programmes ou les approches sont mis en place à titre de projets, sans que l'on consacre suffisamment de temps à la réflexion sur le long terme. La question de la pérennité ou du déploiement se pose nécessairement à la fin du cycle d'un programme, mais il est important de se préparer dès le début à y répondre en garantissant la qualité de planification, de mise en œuvre et de documentation du processus (OMS, 2011), notamment par :

- la mise en place d'un mécanisme permettant d'examiner et d'ajuster à intervalles réguliers la réponse du secteur en intégrant d'autres stratégies connexes,
- la mise en œuvre d'interventions et de politiques fondées sur des données probantes qui ont été planifiées et dotées des ressources nécessaires pour être opérationnelles, du moins à moyen terme,
- la collecte régulière de données à l'aide des systèmes d'information, y compris la prise en compte des informations en retour dans le processus de planification/d'examen,
- un appui continu aux recherches en vue d'une évaluation rigoureuse des interventions et des politiques,
- un appui continu à la formation des praticiens et des décideurs intervenant dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des stratégies de prévention.

Poursuite d'une approche ou d'un programme prometteur

Le succès de la poursuite ou de l'institutionnalisation d'une approche ou d'un programme prometteur dépend de plusieurs facteurs, dont certains échappent au contrôle des gestionnaires du secteur de l'éducation (par ex. changements du contexte politique). Il n'en demeure pas moins important de bien cerner le contexte (par ex. soutien politique, capacités de l'organisation ou des organisations exécutantes).

Bon nombre de programmes ou d'approches sont mis en place à titre de projets pilotes, sans l'adhésion pleine et entière des gestionnaires de l'organisation exécutante. Il faut alors convaincre ces derniers de défendre les valeurs qui sous-tendent la nouvelle approche et de l'intérêt qu'elle présente. Il est plus facile de plaider pour un programme ou une approche pour lequel on dispose d'une documentation démontrant les résultats prometteurs obtenus grâce à la méthode de planification, de mise en œuvre et d'évaluation.

Une approche ou un programme local institutionnalisé se caractérise par :

- des déclarations politiques à l'appui du programme,
- un poste budgétaire spécifique dans le budget permanent du service concerné (éducation ou santé),
- sa mention dans l'organigramme,

- un personnel permanent doté d'attributions spécifiques dans le cadre du programme,
- des descriptions de poste spécifiant le rôle de prévention et le niveau d'effort requis,
- la mise à disposition d'installations et d'équipements pour les activités du programme,
- le recours aux ressources internes du secteur de l'éducation ou de l'organisme de santé (par ex. appui à la formation, au suivi et à l'évaluation),
- la constitution d'une mémoire institutionnelle dans laquelle sont consignés les principaux accords et ententes.

Déploiement à grande échelle d'une initiative ou d'un programme efficace

Lorsque les autorités éducatives et sanitaires ont pu démontrer, à la lumière d'une évaluation rigoureuse, qu'une stratégie ou un programme a donné des résultats positifs, il y a lieu d'envisager son déploiement à l'échelle régionale ou nationale de manière à en faire bénéficier un plus grand nombre de jeunes et la société dans son ensemble.

Le déploiement à grande échelle est un processus qui consiste à étendre la mise en œuvre d'un programme fondé sur des données probantes dans un territoire donné, tout en conservant son efficacité (autrement dit, à la fois la couverture et la qualité) (Milat et al., 2015 ; OMS, 2011). Ce déploiement peut être de type horizontal (expansion ou reproduction) ou de type vertical (institutionnalisation par une modification des conditions politiques, budgétaires, d'orientation, etc.), (UNESCO, 2014). Étant donné la complexité des contextes (systèmes éducatifs et systèmes de santé) dans lesquels intervient le déploiement, il n'existe pas d'approche unique et universelle, de sorte qu'il est nécessaire d'adapter chaque approche au contexte.

Une des premières questions à se poser concerne les autorités ou les communautés (s'il y a lieu) éducatives qui possèdent les capacités voulues pour mener à bien l'initiative ou le programme, c'est-à-dire capacités de formation, systèmes de prestations, ressources techniques, capacités de suivi et d'évaluation et garantie de qualité de la mise en œuvre. Les participants doivent préparer un plan de déploiement détaillé, assorti d'un budget, qui servira de base à leurs travaux. Ce plan doit spécifier les caractéristiques de l'intervention jugées déterminantes pour la réussite, les éléments du contexte de nature à susciter l'adhésion et la méthode qu'il est prévu d'employer, en tenant compte du contexte politique, culturel et institutionnel.

Il est important de voir dans le déploiement à grande échelle un processus dynamique qui peut nécessiter de minimiser les compromis entre la couverture et la

qualité de mise en œuvre (UNESCO, 2014). Parmi les principaux aspects à prendre en considération pour guider la préparation et la mise en œuvre d'un plan crédible de déploiement concernant une réponse du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives chez des élèves (Fixsen et al., 2013 ; Gilson et al., 2010 ; UNESCO, 2014 ; OMS, 2009 ; OMS, 2010), il faut :

- mettre en place une gouvernance, un leadership et un plaidoyer énergiques à l'appui des activités de déploiement,
- mobiliser, dès le départ, une grande diversité de parties prenantes (éducateurs, élèves, communauté, etc.),
- aider les autorités responsables à comprendre que le processus de déploiement n'est pas un simple exercice de transfert de technologies ou de diffusion de formations et d'informations, mais un processus social, politique et institutionnel qui doit prendre en compte la multitude (et la diversité probable) de points de vue, de valeurs et d'intérêts des parties prenantes concernées,
- veiller à la disponibilité du secteur ; les personnels et les fonctionnaires concernés du secteur doivent être conscients de l'intérêt du changement, avoir suffisamment de temps et de moyens pour le rendre effectif et disposer (ou recevoir un soutien pour se doter) des capacités requises pour mettre en œuvre le nouveau programme et en évaluer le processus et les résultats,
- utiliser de façon systématique et régulière les données scientifiques dans la mesure où la continuité du suivi, de l'amélioration de la qualité et de l'évaluation est indissociable d'un déploiement à grande échelle,
- s'inscrire, dès le départ, dans une perspective de pérennisation à long terme.

Un aspect fondamental qui ressort de la littérature est qu'il est plus facile de déployer à grande échelle une intervention simple et aisée à mettre en œuvre qu'une intervention plus complexe (par ex. Thaker et al., 2008). Une approche véritablement holistique comme celle qui est préconisée dans le présent document constitue une entreprise passablement ardue. Même si la stratégie d'ensemble est complexe, il est moins difficile pour les principales parties prenantes de comprendre les éléments d'intervention pris séparément et de les adopter. Dès lors, l'idéal pour déployer une réponse globale à grande échelle est de procéder étape par étape, intervention par intervention, en veillant à garantir la qualité de mise en œuvre à chaque étape.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES¹⁸

- Arthur, M.W., Brown, E.C., Briney, J.S., Hawkins, D., Abbott, R.D., Catalano, R.F., Becker, L., Langer, M. et Mueller, M.T. 2015. « Examination of substance use, risk factors, and protective factors on student academic test score performance ». *Journal of School Health*, vol. 85, n° 8.
- Baltag, V., Pachyna, A., et Hall, J. 2015. « Global overview of school health services : Data from 102 countries ». *Health Behavior & Policy Review*, vol. 2, n° 4, p. 268–283. <http://ingentaconnect.com/content/psp/hbpr/2015/00000002/00000004/art00004>
- Barrett, D., Hunt, N. et Stoicescu, C. 2013. *Injecting Drug Use among Under-18s. A snapshot of available data*. Londres, Harm Reduction International. http://www.ihra.net/files/2014/08/06/injecting_among_under_18s_snapshot_WEB.pdf
- Bisset, S., Markham, W.A. et Aveyard, P. 2007. « School culture as an influencing factor on youth substance use ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 61, n° 6, p. 485–490.
- Bond, L., Glover, S., Godfrey, C., Butler, H. et Patton, G.C. 2001. « Building capacity for system-level change in schools : Lessons from the gatehouse project ». *Health Education and Behavior*, vol. 28, n° 3, p. 368–383.
- Bronfenbrenner, U. et Ceci, S.J. 1994. « Nature-Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective : A Bioecological Model ». *Psychological Review*, vol. 101, n° 4, p. 568–586.
- Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P., Schaunig-Busch, I., Ruths, S., Moesgen, D., Pflug, E., Klein, M. et Thomasius, R. 2012. « Selective prevention programs for children from substance-affected families : a comprehensive systematic review ». *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 7, n° 23, p. 1–17.
- Buckley Emily J., White David G. 2007. « Systematic review of the role of external contributors in school substance use education ». *Health Education*, vol. 107, p. 42-62.
- Bundy, D. 2015. *Rethinking School Health : A Key Component of Education for All*. Washington DC : Banque mondiale. <http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-0-8213-7907-3>
- Campbell, R., Starkey, F., Holliday, J. et al. 2008. « An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST) : a cluster randomised trial ». *The Lancet*, vol. 371, n° 9624, p. 1595–1602
- Carney. 2012. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) package for primary health-care professionals and their patients. http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/
- Castellanos-Ryan, N., Séguin, J.R., Vitaro, F., Parent, S. et Tremblay, R.E. 2013. « Impact of a 2-year multimodal intervention for disruptive 6-year-olds on substance use in adolescence : randomised controlled trial ». *The British Journal of Psychiatry*, vol. 203, n° 3, p. 188–195.
- Champion, K.E., Newton, N.C., Barrett, E.L. et Teesson, M. 2013. « A systematic review of school based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the internet ». *Drug and Alcohol Review*, vol. 32, n° 2, p. 115–123.
- Cleveland, M.J., Feinberg, M.E., Bontempo, D.E. et Greenberg, M.T. 2008. « The Role of Risk and Protective Factors in Substance Use across Adolescence ». *Journal of Adolescent Health*, vol. 43, n° 2, p. 157–164.
- Conrod, P., Stewart, S., Comeau, N. et Maclean, A.M. 2006. « Efficacy of cognitive-behavioral interventions targeting personality risk factors for youth alcohol misuse ». *Journal of Clinical Child and Adolescent*, vol. 35, n° 4, p. 550–563.
- Das, J.K., Salam, R.A., Arshad, A., Finkelstein, Y. et Zulfiqar A. 2016. « Interventions for Adolescent Substance Abuse : An Overview of Systematic Reviews ». *Journal of Adolescent Health*, vol. 59 (2016), p. 61-75.
- D'Amico, E.J., Tucker, J.S., Miles, J.N. et al. 2012. « Preventing Alcohol Use with a Voluntary After-School Program for Middle School Students : Results from a Cluster Randomized Controlled Trial of CHOICE ». *Prevention Science*, vol. 13, p. 415–425.
- D'Onise, K., McDermott R.A. et Lynch J.W. 2010. « Does attendance at preschool affect adult health? A systematic review ». *Public Health*, vol. 124, n° 9, p. 500–511.
- De la Haye, K., D'Amico, E.J., Miles, J.N.V., Ewing, B. et Tucker, J.S. 2014. « Covariance among Multiple Health Risk Behaviors in Adolescents ». *PLoS ONE*, vol. 9, n° 5, e98141.
- De Looze, M., ter Bogt, T.F., Raaijmakers, Q.A., Pickett, W., Kuntsche, E. et Vollebergh, W.A. 2014. « Cross-national evidence for the clustering and psychosocial correlates of adolescent risk behaviours in 27 countries ». *The European Journal of Public Health*, cku083.
- De Micheli, D. et Formigoni, M.L. 2004. « Drug use by Brazilian students : associations with family, psychosocial,

¹⁸ Les sites Web ont tous été consultés entre le 6 et le 8 septembre 2016.

- health, demographic and behavioral characteristics ». *Addiction*, vol. 99, n° 5, p. 570–578.
- Dhavan, P., Stigler, M.H., Perry, C.L., Arora, M. et Reddy, K.S. 2010. « Is tobacco use associated with academic failure among government school students in urban India ? » *Journal of School Health*, vol. 80, n° 11, p. 552–560.
- Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D. et Schellinger, K.B. 2011. « The impact of enhancing students' social and emotional learning : a meta-analysis of schoolbased universal interventions ». *Child Development*, vol. 82, p. 405–432.
- Dusenbury, L., Hansen, W.B., Jackson-Newsom, J., Pittman, D.S., Wilson, C.V., Nelson-Simley, K. et Giles, S.M. 2010. « Coaching to enhance quality of implementation in prevention ». *Health Education*, vol. 110, n° 1, p. 43–60.
- Dwyer, J.B., McQuown, S.C. et Leslie, F.M. 2009. « The Dynamic Effects of Nicotine on the Developing Brain ». *Pharmacology & Therapeutics*, vol. 122, n° 2, p. 125–139.
- Elek, E., Wagstaff, D.A. et Hecht, M.L. 2010. « Effects of the 5th and 7th grade enhanced versions of the keepin' it REAL substance use prevention curriculum ». *Journal of Drug Education*, vol. 40, n° 1, p. 61–79.
- Ennett, S.T., Haws, S., Ringwalt, C.L., Vincus, A.A., Hanley, S., Bowling, J.M. et Rohrbach, L.A. 2011. « Evidence-based practice in school substance use prevention : Fidelity of implementation under real-world conditions ». *Health Education Research*, vol. 26, n° 2, p. 361–371.
- Evans-Whipp, T.J., Plenty, S.M., Catalano, R.F. et al. 2013. « The impact of school alcohol policy on student drinking ». *Health Education Research*, vol. 28, n° 4, p. 651–662.
- Faggiano, F., Allara, E., Giannotta, F., Molinar, R., Sumnall, H. et al. 2014. « Europe Needs a Central, Transparent, and Evidence-Based Approval Process for Behavioural Prevention Interventions ». *PLoS Med* 11, vol. 10, e1001740.
- Faggiano F., Vigna-Taglianti Federica, D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., Lemma, P. 2008. « School-based prevention for illicit drugs use : A systematic review ». *Preventative Medicine : An International Journal Devoted to Practice & Theory*.
- Fixsen, D.L., Blase, K.A., Horner, R., Sims, B. et Sugai, G. 2013, Septembre. *Readiness for Change*. Scaling-up Brief #3. Chapel Hill : The University of North Carolina, FPG, SISEP. <http://sisep.fpg.unc.edu/resources/scaling-brief-3-readinesschange>
- Fletcher, A., Bonell C., Hargreaves, J. 2008. « School effects on young people's drug use : A systematic review of intervention and observational studies ». *Journal of Adolescent Health*, p. 209–220.
- Foxcroft, D.R., Tsertsvadze, A. 2011a. « Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 9, n° article : CD009308.
- Foxcroft, D.R. et Tsertsvadze, A. 2011b. « Universal multicomponent prevention programs for alcohol misuse in young people ». *Cochrane Database of Systematic Reviews* (en ligne), n° 9, n° article : CD009307.
- FRESH M&E Coordinating Group. 2014. Monitoring and Evaluation Guidance for School Health Programs. Thematic Indicators Supporting FRESH (Focusing Resources on Effective School Health). <http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/HIVAIDS/pdf/FRESHThematicIndicatorswebVERSION3-06-26-13.pdf>
- Gilson, L. et Schneider, H. 2010. « Commentary – Managing scaling up : what are the key issues ? » *Health Policy and Planning*, vol. 25, p. 97–98.
- Gore, F.M., Bloem, P.J., Patton, G.C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S.M. et Mathers, C.D. 2011. « Global burden of disease in young people aged 10–24 years : a systematic analysis ». *Lancet*, vol. 377, p. 2093–102.
- Gouvernement de l'Australie méridionale (2006). *Health Promotion : better health, better learning : Guidelines for health promotion with schools and preschools*. Gouvernement de l'Australie méridionale.
- Grant, B.F. et Dawson, D.A. 1997. « Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence : results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiological Survey ». *Journal of Substance Abuse*, vol. 9.
- Guyll, M., Spoth, R. et Crowley, M. 2011. « Economic Analysis of Methamphetamine Prevention Effects and Employer Costs ». *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, juillet.
- Hadland, S.E., Marshall, B., Kerr, T. et al. 2011. « A Comparison of Drug Use and Risk Behavior Profiles among Younger and Older Street Youth ». *Substance Use & Misuse*, vol. 46, p. 1486–1494.
- Hale, D., Coleman, J. et Layard, R. 2011. *A model for the delivery of evidence-based PSHE (personal wellbeing) in secondary schools*. Centre for Economic Performance, LSE. <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp1071.pdf>.
- Hall, W. 2015. « What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use ? » *Addiction*, vol. 110, p. 19–35.
- Hanley, S., Ringwalt, C., Vincus, A.A. et al. 2009. « Implementing evidence-based substance use prevention curricula with fidelity : The role of teacher training ». *Journal of Drug Education*, vol. 39, n° 1, p. 39–58.

- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. et Miller, J.Y. 1992. « Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood : Implications for substance abuse prevention ». *Psychological Bulletin*, vol. 112, n° 1, p. 64–105.
- Hemphill, S.A., Heerde, J.A. et Scholes-Balog, K.E. 2014. « Effects of early adolescent alcohol use on mid-adolescent school performance and connection : A longitudinal study of students in Victoria, Australia and Washington State, United States ». *Journal of School Health*, vol. 84, n° 11, p. 706–715.
- Hemphill, S.A., Herrenkohl, T.I., Plenty, S.M. et al. 2012a. « Pathways from School Suspension to Adolescent Nonviolent Antisocial Behavior in Students in Victoria, Australia and Washington State, United States ». *Community Psychology*, vol. 40, n° 3, p. 301–318.
- Hemphill, S.A., Heerde, J.A., Herrenkohl, T.I. et al. 2012n. « The impact of school suspension on student tobacco use : A longitudinal study in Victoria, Australia and Washington State, United States ». *Health Education and Behavior*, vol. 39, n° 1, p. 45–56.
- Hemphill, S., Toumbourou, J., Herrenkohl, T., McMorris, B. et Catalano, R. 2006. « The effect of school suspensions and arrests on subsequent adolescent antisocial behavior in Australia and the United States ». *Journal of Adolescent Health*, vol. 39, n° 5, p. 736–744.
- Hennessy, E.A. et Tanner-Smith, E.E. 2015. « Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents : A meta-analysis of alcohol use prevention programs ». *Prevention Science*, vol. 16, n° 3, p. 463–474.
- Isensee, B. et Hanewinkel, R. 2012. « Meta-Analysis on the Effects of the Smoke-Free Class Competition on Smoking Prevention in Adolescents ». *European Addiction Research*, vol. 18, p. 110–115.
- Jackson, C., Geddes, R., Haw, S. et Frank, J. 2011. « Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people : a systematic review ». *Addiction*, vol. 107, p. 733–747.
- Juszczak, L., Melinkovich, P., Kaplan, D. 2003. « Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites ». *Journal of Adolescent Health*, vol. 32, n° 6, Supplément, p. 108–118.
- Kandel DB., Davies M., Karus D., Yamaguchi K. 1986. « The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement : An overview ». *Archives of general psychiatry*, vol. 43 n° 8, p. 746-754.
- Kellam, S., Wang, W., Mackenzie, A. et al. 2014. « The impact of the Good Behavior Game, a universal classroom-based preventive intervention in first and second grades, on high-risk sexual behaviors and drug abuse and dependence disorders into young adulthood ». *Prevention Science*, vol. 15, n° 0 1, p. 6–18.
- Kellam, S.G., Hendricks-Brown, C., Poduska, J.M. et al. 2008. « Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes ». *Drug and Alcohol Dependence*, supplément 95, S5–S28.
- Keller, T.E. et Pryce, J.M. 2012. « Different Roles and Different Results : How Activity Orientations Correspond to Relationship Quality and Student Outcomes in School-Based Mentoring ». *Journal of Primary Prevention*, vol. 33, p. 47–64.
- Kipping, R.R., Campbell, R.M., MacArthur, G.J., Gunnell, D.J., Hickman, M. 2012. « Multiple risk behaviour in adolescence ». *J Public Health*, vol. 34, supplément 1, p. i1-i2.
- Kuntsche, E., Rossow, I., Simons-Morton, B., Ter Bogt, T., Kokkevi, A. et Godeau, E. 2013. « Not Early Drinking but Early Drunkenness Is a Risk Factor for Problem Behaviors Among Adolescents from 38 European and North American Countries ». *Alcohol : Clinical and Experimental Research*, vol. 37, n° 2, p. 308–314.
- Kwan, M., Bobko, S., Faulkner, G. et al. 2014. « Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults : A systematic review of longitudinal studies ». *Addictive Behaviors*, vol. 39, p. 497–506.
- Langford, R., Bonell, C.P., Jones, H.E., Poulioni, T., Murphy, S.M., Waters, E., Komro, K.A., Gibbs, L.F., Magnus, D. et Campbell, R. 2014. « The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, n° article : CD008958.
- Lemon, M., Pennucci, A., Hanley, S. et Aos, S. 2014. *Preventing and treating youth marijuana use : An updated review of the evidence*. (Doc. n° 14-10-3201). Olympia : Washington State Institute for Public Policy. http://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/1571/Wsipp_Preventing-and-Treating-Youth-Marijuana-Use-An-Updated-Review-of-the-Evidence_Report.pdf
- Lmstra M., Bennett N., Nannapaneni U., et al. 2010. « A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15 ». *Addiction Research*, vol. 18, p. 84-96.
- MacArthur, G.J., Harrison, S., Caldwell, D.M., et al. 2015. « Peerled interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11–21 years : a systematic review and meta-analysis ». *Addiction*, vol. 111, p. 391-407. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.13224/epdf>

- Markham, W.A., Aveyard, P., Bisset, S.L., Lancashire, E.R., Bridle, C. et Deakin, S. 2008. « Value-added education and smoking uptake in schools : a cohort study ». *Addiction*, vol. 103, n° 1, p. 155–161.
- McBride, N. et Farrington, F. 2004. « School health and alcohol harm reduction project : Changing students' alcohol related behaviors through classroom lessons in Western Australia ». *Education and Health*, vol. 22, n° 2, p. 19–23.
- Meier, M.H., Caspia, A., Amblere, A., Harrington, H. et al. 2012. « Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife ». *PNAS*, 27 août.
- Mentor UK. 2012. *Reviewing your drug and alcohol policy : A toolkit for schools*. <http://mentor-adepis.org/reviewing-your-drug-and-alcohol-policy-a-toolkit-for-schools/>
- Midford, R., Wilkes, D. et Young, D. 2005. « Evaluation of the in-touch training program for the management of alcohol and other drug use issues in schools ». *Journal of Drug Education*, vol. 35, n° 1, p. 1–14.
- Milat, A., Bauman, A. et Redman, S. 2015. « Narrative review of models and success factors for scaling up public health interventions ». *Implementation Science*, vol. 10, 113.
- Miller-Day, M., Pettigrew, J. et Hecht, M.L. 2013. « How prevention curricula are taught under real-world conditions : Types of and reasons for teacher curriculum adaptations ». *Health Education*, vol. 113, n° 4.
- Ministère de la santé du Royaume-Uni. 2012. *Getting it right for children, young people and families Maximising the contribution of the school nursing team : Vision and Call to Action*. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216464/dh_133352.pdf
- Munne, M.L. 2005. Social consequences of alcohol consumption in Argentina, dans *Alcohol, Gender and Drinking Problems*, 25.
- Munton, A.G., Wedlock, E. et Gomersall, A. 2014. *The efficacy and effectiveness of drug and alcohol abuse prevention programmes delivered outside of school settings*. HRB Drug and Alcohol Evidence Review 2. Dublin : Health Research Board. <http://www.hrb.ie/health-information-in-house-research/alcohol-drugs/publications/adru-publication/publications/664/>
- OEDT. 2015. New psychoactive substances in Europe : An update from the EU Early Warning System. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/65/TD0415135ENN.pdf>
- O'Leary-Barrett, M., Mackie, C.J., Castellanos-Ryan, N., Al-Khudhairy, N. et Conrod, P.J. 2010. « Personality-Targeted Interventions Delay Uptake of Drinking and Decrease Risk of Alcohol-Related Problems When Delivered by Teachers ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 49, n° 9.
- ONUDC. 2016. *Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women*. Vienne : ONUDC.
- ONUDC. 2015. *Rapport mondial sur les drogues 2015*. Vienne : ONUDC.
- ONUDC. 2014. E/CN.7/2014/7. Action taken by Member States to implement the Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem. Rapport du Directeur exécutif. Disponible à l'adresse : https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_57/_E-CN7-2014-07/E-CN7-2014-7_V1389056_E.pdf
- ONUDC. 2013. *International Standards on Drug Use Prevention*. Vienne : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/preventionstandards.html>
- ONUDC. 2009a. *Drug Use in Afghanistan : 2009 Survey. Executive Summary 2009*. Disponible à l'adresse : <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/Afghan-Drug-Survey-2009-Executive-Summary-web.pdf>
- ONUDC. 2009b. *Guide d'application des programmes d'acquisition de compétences familiales pour la prévention de l'usage de drogue*. Vienne : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. <https://www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-F.pdf>
- OMS. 2015a. *A Technical Brief : HIV and Young People Who Inject Drugs*. Genève : OMS. <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-young-idu/en>
- OMS. 2015b. *Normes nationales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents : Guide pour la mise en oeuvre d'une stratégie fondée sur des normes afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents*. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/fr/
- OMS. 2014a. *Health for the World's Adolescents : A second chance in the second decade*. Genève : OMS. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/> [Sommaire en français : La santé pour les adolescents du monde : une deuxième chance pour la deuxième décennie. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_fre.pdf]
- OMS. 2014b. *HIV and Young People Who Inject Drugs : A Technical Brief : Draft*. Genève : Inter-Agency Working Group on Key Populations. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/briefs_pwid_2014.pdf

- OMS. 2013. *WHO report on global tobacco epidemic 2013*. Genève : OMS. [Résumé d'orientation en français : Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale du tabagisme, 2013. Disponible à l'adresse : www.who.int/tobacco/global_report/2013/summary/fr/]
- OMS. 2011. *Avoir le but à l'esprit dès le début : La planification des projets pilotes et d'autres recherches programmatiques pour un passage à grande échelle réussi*. Genève : OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91343/1/9789242502329_fre.pdf?ua=1
- OMS. 2010a. *ATLAS on substance use : Resources for the prevention and treatment of substance use disorders*. Genève : OMS. http://www.who.int/substance_abuse/activities/atlas/en/
- OMS. 2010b. *Neuf étapes pour élaborer une stratégie de passage à grande échelle*. Genève : OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44661/1/9789242500318_fre.pdf
- OMS. 2009. *Practical Guidance for Scaling Up Health Service Innovations*. Genève : OMS. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598521_eng.pdf
- OMS. 2005. *Alcohol use and sexual risk behaviour : A cross-cultural study in eight countries*. Genève : OMS.
- OMS. 2003. *Skills for Health. Skills-based health education including life skills : An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School*. Genève : OMS. http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf
- Organisation des Nations Unies. 2014. Commission des stupéfiants. Cinquante-septième session. Vienne, 13–21 mars 2014. Déclaration ministérielle conjointe issue de l'Examen de haut niveau auquel la Commission des stupéfiants a procédé en 2014 sur l'application par les États membres de la Déclaration politique et du Plan d'action sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue. New York : Organisation des Nations Unies. https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Joint_Ministerial_Statement/14-04447_F_ebook.pdf
- Page R.M., Dennis M., Lindsay G.B., Merrill R.M. 2010. « Psychosocial Distress and Substance Use Among Adolescents in Four Countries : Philippines, China, Chile, and Namibia ». *Youth & Society*, vol. 43, n° 3, p. 900-930.
- Peters, L.W.H., Wiefferink, C.H., Hoekstra, F., Buijs, G.J., Ten Dam, G.T.M. et Paulus-sen, T.G.W.M. 2009. « A review of similarities between domain-specific determinants of four health behaviours among adolescents ». *Health Education Research*, vol. 24, p. 198–223.
- Pirskanen, M., Pietilä, A.-M., Halonen, P. et Laukkanen, E. 2006. « School health nurses and substance use among adolescents – towards individual identification and early intervention ». *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 20, n° 4, p. 439–447.
- Porath-Waller, A.J., Beasley, E. et Beirness, D.J. 2010. A meta-analytic review of school-based prevention for cannabis use. *Health Education & Behavior*, vol. 37, n° 5, p. 709–723.
- Ringwalt, C., Pankratz, M., Gottfredson, N., Jackson-Newsom, J., Dusenbury, L., Giles, S. et Hansen, B. 2009. « The effects of students' curriculum engagement, attitudes toward their teachers, and perceptions of their teachers' skills on schoolbased prevention curriculum outcomes ». *Journal of Drug Education*, vol. 39, n° 3, p. 223–237.
- Ringwalt, C.L., Ennett, S., Johnson, R. et al. 2003. « Factors Associated with Fidelity to Substance Use Prevention Curriculum Guides in the Nation's Middle Schools ». *Health Education & Behavior*, vol. 30, n° 3, p. 375–391.
- Robinson, W.L., Harper, G.W. et Schoeny, ME. 2003. « Reducing Substance Use Among African American Adolescents : Effectiveness of School-Based Health Centers ». *Clinical Psychology : Science and Practice*, vol. 10, n° 4, p. 491–504.
- Roohafza, H., Heidari, K., Omid, R. et al. 2014. « Adolescent Perception on School Environment and Smoking Behavior : Analysis of Isfahan Tobacco use Prevention Program ». *International Journal of Preventative Medicine*, vol. 5, Suppl.2, S139–45.
- Rorie, M., Gottfredson, D.C., Cross, A., Wilson, D. et Connell, N.M. 2011. « Structure and deviancy training in after-school programs ». *Journal of Adolescence*, vol. 34, p. 105–117.
- Schweinhart, L.J. 2004. *The High/Scope Perry Preschool study through age 40. Summary, conclusions, and frequently asked questions*. http://www.highscope.org/file/Research/PerryProject/3_specialsummary%20col%2006%2007.pdf
- Shek, D.T. 2010. « School drug testing : a critical review of the literature ». *Scientific World Journal*, vol. 10, p. 356–365.
- Silins, E., Horwood, L.J., Patton, G.C. et al. 2014. « Young adult sequelae of adolescent cannabis use : an integrative analysis ». *The Lancet Psychiatry*, vol. 1, n° 4, p. 286–293.
- Solar, O. et Irwin, A. 2010. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Document de travail sur la série des déterminants de la santé, n° 2. OMS. http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- Spoth, R.L., Gyll, M. et Day, S.X. 2002. « Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention : Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two

- interventions ». *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 63, n° 2, p. 219–228.
- Squeglia, L.M., Jacobus, J. et Tapert, S.F. 2009. « The Influence of Substance Use on Adolescent Brain Development » *Clinical EEG and Neuroscience*, vol. 40, n° 1, p. 31–38.
- Stiby, A.I., Hickman, M., Munafò, M.R., Heron, J., Yip, V.L. et Macleod, J. 2015. « Adolescent cannabis and tobacco use and educational outcomes at age 16 : birth cohort study ». *Addiction*, vol. 110, p. 658–668.
- Sznitman, S.R. et Romer, D. 2014. « Student drug testing and positive school climates : testing the relation between two school characteristics and drug use behavior in a longitudinal study ». *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 75, n° 1, p. 65–73.
- Thaker, S., Steckler, A., Sánchez, V., Khatapoush, S., Rose, J. et Hallfors, D.D. 2008. « Program characteristics and organizational factors affecting the implementation of a school-based indicated prevention program ». *Health Education Research*, vol. 23, n° 2, p. 238–248.
- Thapa, A., Cohen, J., Guffey, S. et Higgins-D'Alessandro, A. 2013. « A Review of School Climate Research ». *Review of Educational Research*, 19 avril.
- Thomas, R.E., Lorenzetti, D. et Spragins, W. 2011. « Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 11, n° article : CD007381.
- Tobler, A., Komro, K., Dabroski, A., Aveyard, P. et Markham, W. 2011. « Preventing the Link Between SES and High-Risk Behaviors : “Value-Added” Education, Drug Use and Delinquency in High-Risk, Urban Schools ». *Prevention Science*, vol. 12, n° 2, p. 211–221.
- Tobler, N. 2000. « Lessons Learned ». *The Journal of Primary Prevention*, vol. 20, n° 4.
- Tolan, P., Henry, D., Schoeny, M., Bass, A., Lovegrove, P. et Nichols, E. 2013. « Mentoring Interventions to Affect Juvenile Delinquency and Associated Problems : A Systematic Review ». *Campbell Systematic Reviews*, vol.10.
- Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G.A., Sturge, J. et Rehm, J. 2007. « Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use : An international review ». *Lancet*, vol. 369, p. 1391–1401.
- Toumbourou, J.W., Rowland, B., Jefferies, A., Butler, H. et Bond, L. 2004. *Preventing drug-related harm through school re-organisation and behavior management* [Rapport d'évaluation sur la recherche en matière de prévention, n° 12]. Melbourne : Australia Drug Foundation. <http://www.druginfo.adf.org.au/druginfoseminars/drug-prevention-in-schools-seminar-toumbourou>
- UNESCO. 2015a. *Repenser l'éducation : vers un bien commun mondial ?* Paris : UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002326/232696f.pdf>
- UNESCO. 2015b. *Substance use prevention in educational settings in Eastern Europe and Central Asia*. Moscou : UNESCO.
- UNESCO. 2014. *Comprehensive sexuality education : the challenges and opportunities of scaling-up*. Paris : UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002277/227781E.pdf>
- UNESCO. 2000. *Cadre d'action de Dakar - L'Éducation pour tous : tenir nos engagements collectifs*. Paris : UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001211/121147f.pdf>
- UNICEF. Centre de recherche. 2013. *Le bien-être des enfants dans les pays riches : Vue d'ensemble comparative*, Bilan Innocenti 11, UNICEF, Centre de recherche, Florence. https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_fre.pdf
- Van der kreeft, P., Wiborg, G., Galanti, M. R., Siliquini, R., Bohrn, K., Scatigna, M. et Faggiano, F. 2009. « 'Unplugged': A new European school programme against substance abuse ». *Drugs : Education, Prevention & Policy*, vol. 16, n° 2, p. 167–181.
- Washington State Institute for Public Policy. http://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/1602/Wsipp_What-Works-and-What-Does-Not-Benefit-Cost-Findings-from-WSIPP_Report.pdf
- Webster-Stratton, C. et Taylor, T. 2001. « Nipping early risk factors in the bud : Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0–8 Years) ». *Prevention Science*, vol. 2, n° 3.
- White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay-Lambkin, F. et al. 2010. « Online alcohol interventions : a systematic review ». *Journal of Medical Internet Research*, vol.12, e62.
- Zeigler DW, Wang CC, Yoast RA, et al. 2005. « The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students ». *Preventive Medicine*, vol. 40, n° 1, p. 23-32.



Secteur de
l'éducation

Organisation
des Nations Unies
pour l'éducation,
la science et la culture

BROCHURE

10

Réponses du secteur de l'éducation à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues

**POLITIQUES RATIONNELLES ET
BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE
D'ÉDUCATION À LA SANTÉ**

La présente publication est l'aboutissement d'un processus de consultation internationale mené sous l'égide de l'UNESCO en partenariat avec l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), membres de l'Équipe spéciale interinstitutions pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Elle explique le contexte et la justification d'une amélioration des réponses du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives, rend compte des politiques et pratiques prometteuses fondées sur des données probantes et propose un ensemble d'aspects à prendre en considération pour la poursuite et le déploiement de réponses efficaces.

Cette publication s'adresse à un vaste public : acteurs du secteur de l'éducation, responsables de l'élaboration des politiques de santé scolaire, planificateurs et concepteurs de programmes et personnels de santé scolaire.

www.unodc.org

www.unesco.org

www.who.int



Objectifs de
développement
durable