

Dr Maëllenn Le Rouzic*, Dr Éric Frison, Dr Shérzade Kinouani***, Dr Sylvie Maurice*, Dr Cristina Bustos**, Dr Philippe Castera*****

* Médecin généraliste, Granville, France

** Service d'information médicale, Hôpital Pellegrin, CHU de Bordeaux, France

*** Département de médecine générale, Université de Bordeaux. Neuroépidémiologie U897, Inserm, Bordeaux, France

• Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement, Université de Bordeaux, France

•• Responsable départemental du Service médical des élèves – Éducation nationale, DSDEN de la Gironde, Bordeaux, France

••• Département de médecine générale, Université de Bordeaux, 146, rue Léo Saignat, F-33076 Bordeaux Cedex

Courriel : philippe.castera@u-bordeaux.fr

Reçu octobre 2014, accepté janvier 2015

Repérage précoce et intervention brève “jeunes”

Impact des formations en santé scolaire

Résumé

Contexte : les professionnels de santé et sociaux de l'Éducation nationale (PSEN) ont un rôle primordial de repérage et de prise en charge des consommations de substances psychoactives (SPA) chez les jeunes scolarisés. Nous avons voulu évaluer l'impact d'une formation de "RPIB jeunes" (repérage précoce et intervention brève pour les jeunes) sur les perceptions de ces professionnels. **Méthodes :** 219 PSEN de la Gironde ont été formés entre avril 2012 et mai 2013. Un auto-questionnaire anonyme a été administré à chaque participant avant puis trois mois après la formation afin d'évaluer les changements obtenus dans leurs perceptions de leurs pratiques. **Résultats :** 99,5 % des PSEN inclus ont répondu au questionnaire "avant" et 84,7 % au questionnaire "après". Tous les obstacles perçus comme "importants" pour aborder l'usage de SPA avant la formation ont diminué de moitié trois mois après ($p < 0,05$). Les sentiments de savoir "le plus souvent" aider et orienter les jeunes ont augmenté après la formation (respectivement 9,2 % vs 44,6 % et 23 % vs 70,5 %, $p < 0,001$). **Discussion :** la formation "RPIB jeunes" améliore significativement les opinions des PSEN sur leurs capacités à repérer et à prendre en charge des jeunes scolarisés ayant des consommations de SPA.

Mots-clés

Repérage précoce et intervention brève (RPIB) – Adolescent – Formation – Addiction – Milieu scolaire.

Summary

Early screening and brief intervention in youth. Impact of training on school health service

Background: medico-social school professionals (MSSP) have a crucial role in the screening and management of teenager students' risky consumptions of psychoactive substances (PAS). The aim of this study is to evaluate the impact of the 'RBIP youth' training (early screening and brief intervention) on these professionals' perceptions and attitudes. **Method:** 219 MSSP were trained between April 2012 and May 2013. An anonymous questionnaire was given to each participant, before the training and another three months after, to measure the changes achieved in their perceptions about their practices. **Results:** 99.5% of the MSSP participants answered to the 'before' questionnaire and 84.7% to the 'after' version. Three months after the training, all the 'important' perceived obstacles to approach the use of PAS have halved ($p < 0.05$); whereas the MSSP perceptions, about their knowledge in helping and guiding young people who have risky consumption, increased widely (respectively 44.6% vs 9.2% before and 70.5% vs 23% before, $p < 0.001$). **Conclusion:** the 'RBIP youth' training improves positively and significantly the MSSP opinions about identification and management at school of PAS risky consumption by teenagers.

Key words

Early screening and brief intervention – Adolescent – Training – Addiction – Scholar area.

L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, objet de transformations physiques, psychologiques et sociales, permettant au jeune de

construire son identité d'adulte sexué, autonome et intégré dans la société (1). Bien que tous ces changements puissent engendrer des conflits internes et une certaine fragi-

lité, la majorité des jeunes disent se sentir bien et passent avec succès cette période, moyennant quelques prises de risque transitoires. Certains adolescents vont cependant éprouver des difficultés. Ainsi, à cet âge, la prévalence annuelle des épisodes dépressifs majeurs est de 4 % (2) et le suicide est la deuxième cause de mortalité (3).

Le mal-être de l'adolescent s'exprime par des "symptômes de rupture" somatiques, psychologiques, comportementaux, sociaux ou familiaux très variés (1, 4). Les prises de risque peuvent entrer dans un processus "normal" de construction de l'adolescent. Toutefois, leur précocité, leur intensité et leur répétition doivent alerter, d'autant plus si elles mènent le jeune à l'exclusion (1, 4). L'acronyme mnémotechnique PIRE (précocité, intensité, répétition, exclusion) a été ainsi développé par AGIR 33 (Réseau addictions Gironde) dans le cadre du "RPIB jeunes" (repérage précoce et intervention brève pour les jeunes). Les adolescents à risque suicidaire multiplient ces symptômes de rupture (5, 6).

Les usages de substances psychoactive (SPA) chez l'adolescent sont assez préoccupants en France ces dernières années (7) : 44 % des lycéens français de 16 ans déclarent avoir consommé au moins cinq verres d'alcool en une occasion une fois au cours du mois ; 22 % des adolescents de 17 ans déclarent au moins un usage mensuel de cannabis (8, 9). De plus, les comportements et les habitudes de vie qui s'initient durant cette période ont tendance à perdurer à l'âge adulte, avec leurs conséquences (1, 10).

Pour toutes ces raisons, l'adolescence est un moment-clé en termes de prévention primaire et de repérage du mal-être et des comportements à risque. Paradoxalement, ces jeunes consultent assez peu les professionnels de santé, ou pour des motifs bénins, sans dévoiler leur mal-être sous-jacent (5, 10, 11).

Le milieu scolaire

La quasi-totalité des adolescents sont scolarisés au moins jusqu'à l'âge de 16 ans, au contact quotidien des professionnels de l'Éducation nationale (12). L'infirmier scolaire est le deuxième professionnel de santé le plus consulté par les adolescents après le médecin généraliste (MG). Près de la moitié des collégiens déclarent l'avoir rencontré au moins une fois dans l'année (10, 13) et 10 % d'entre eux plus de quatre fois. Or, ces derniers présenteraient deux à trois fois plus de conduites à risque que les autres (13).

Par ailleurs, l'école est le premier lieu de prévention et d'information sur la santé (10, 11). 85 % des jeunes de 18-24 ans disent avoir bénéficié d'informations sur la contraception essentiellement à l'école, contre seulement 45 % des filles et 18 % des garçons chez leur MG (14).

Enfin, la collaboration pluriprofessionnelle au sein des établissements scolaires permet de repérer des indicateurs de mal-être : chute des résultats scolaires, absentéisme ou retards itératifs, dispenses de sport répétées, passages multiples à l'infirmier, agressivité, isolement, etc..

Il est donc essentiel que les professionnels de l'Éducation nationale sachent reconnaître ces signes de rupture pour que la souffrance de l'élève puisse être évaluée et prise en charge le plus tôt possible, avant que les conduites à risque ne se multiplient et ne se compliquent.

Le repérage précoce et les interventions brèves

Depuis son apparition dans les années 1980, le RPIB a démontré son efficacité dans de nombreuses études internationales, notamment sur la réduction des consommations à risque d'alcool de l'adulte (15). Depuis 2006, une circulaire encourage la diffusion de cette pratique (16). Selon l'Organisation mondiale de la santé, le RPIB a un bon rapport coût-efficacité dans le cadre de la dépression et des conduites à risque des adolescents (17, 18). Pour être efficace, le repérage doit être basé sur l'utilisation de questionnaires simples d'utilisation en soins primaires et validés (19-21).

En France, quatre outils de dépistage du mal-être et du risque suicidaire ont été validés chez les adolescents : le CES-D (Center for Epidemiological Studies – *depression scale*) (22), l'ADRS (*Adolescent depression rating scale*) (23), le HEADSS (*Home, education, activities, drugs, sex and suicide*) (24) et le TSTS-CAFARD (25). Ce dernier est un hétéro-questionnaire qui a l'avantage d'être court, performant et de s'enquérir de la souffrance du jeune de manière anodine et indirecte. Il a été construit suite à l'enquête "LYCOLL" menée chez 3 800 jeunes scolarisés en troisième et en seconde (5).

Dans les troubles de l'usage de substance, deux outils de repérage ont été validés en français chez l'adolescent (26, 27) : le DEP-ADO (28) et l'ADOSPA (29) plus court et aux bonnes performances (sensibilité = 92,8 %, spécificité = 77,1 %).

TSTS-CAFARD et ADOSPA ont été recommandés par le groupe de travail de la Haute autorité de santé en 2005 pour le dépistage des conduites à risque de l'adolescent, que ce soit en médecine générale ou scolaire (30). Ils ont été choisis pour la formation "RPIB jeunes".

Chez l'adolescent, plusieurs études valident l'utilisation des interventions brèves (IB), notamment dans le domaine des SPA où cette technique a démontré qu'elle permettait une diminution des consommations chez les jeunes consommateurs à risque et une réduction des complications liées à l'usage de substances (31-34). D'autres essais montrent que les IB peuvent avoir un impact favorable sur d'autres comportements à risque de l'adolescent, comme l'hétéro-agressivité ou les pratiques sexuelles (35, 36).

La formation "RPIB jeunes"

La formation "RPIB jeunes" a été développée en Aquitaine en 2008 sous la coordination du réseau AGIR 33 et par un panel de professionnels issus des soins primaires et spécialisés. Son but est de proposer une formation transversale, adaptée à tous professionnels en contact avec les jeunes, sur les principes du RPIB, mais ciblée sur les problématiques adolescentes. L'objectif est de lever des obstacles concrets (manque de connaissance des ressources, manque de temps...) et de renforcer certains leviers psychosociaux (sentiments de compétence, d'efficacité, d'utilité...) permettant de favoriser le repérage des conduites à risque de l'adolescent et d'améliorer la prise en charge de ces jeunes.

La formation privilégie trois axes :

- La rencontre – faciliter la communication et devenir une ressource pour le jeune :
 - aborder les "choses" et laisser les "choses" se dire ;
 - se centrer sur le jeune et ce qui fait problème pour lui ;
 - concilier un espace libre de parole avec un minimum d'éléments à repérer, pour mieux se connaître.
- Le savoir – améliorer la compétence et la confiance des professionnels :
 - s'intéresser aux modes de consommation des jeunes ;
 - savoir détecter les risques liés aux consommations et aux comportements ;
 - savoir différencier ce qui est banal de ce qui est inquiétant ;
 - connaître et savoir utiliser la méthode d'IB.
- Le partenariat – partager des compétences autour du jeune pour pouvoir intervenir de manière appropriée et efficace :
 - connaître les ressources sur le territoire et à distance ;

- avoir des connaissances, des outils et des discours partagés ;
- mieux communiquer avec les structures spécialisées locales ;
- savoir orienter vers le médecin traitant et/ou vers les structures spécialisées locales.

La formation développée sous différents formats, d'une soirée à deux journées, a bénéficié depuis 2009 à plus de 1 000 professionnels en Aquitaine.

Début 2012, le Service de promotion de la santé en faveur des élèves de la Direction des services départementaux de l'Éducation nationale de Gironde a sollicité AGIR 33 pour assurer la formation de tous les professionnels de santé et sociaux de l'Éducation nationale (PSSSEN) au "RPIB jeunes". 12 sessions d'une journée de formation ont alors eu lieu entre avril 2012 et mai 2013, organisées dans les établissements scolaires de l'Académie de Bordeaux et financées par l'Agence régionale de la santé d'Aquitaine.

L'objectif principal de notre étude est de mesurer les changements d'opinions des PSSSEN de la Gironde suite aux formations "RPIB jeunes", concernant le sentiment de savoir aider les jeunes scolarisés ayant des consommations de SPA. L'objectif secondaire est de mesurer les changements d'opinions des PSSSEN suite aux formations, sur des aspects plus précis de leurs pratiques.

Méthode

Population et schéma de l'étude

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- être assistant social, infirmier ou médecin de l'Éducation nationale (PSSSEN) ;
- travailler avec les établissements du second degré (collèges et lycées) de Gironde ;
- avoir participé à l'une des 12 formations "RPIB jeunes" proposées entre avril 2012 et mai 2013 et réalisées en Gironde ;
- avoir complété au moins l'un des questionnaires auto-administrés (QAA) "avant" et/ou trois mois "après".

Les critères de non-inclusion étaient les suivants :

- autres professions que celles mentionnées dans les critères d'inclusion ;
- rubrique profession non remplie dans le questionnaire.

L'étude était observationnelle, longitudinale, prospective, de type comparaison avant-après.

Outils d'évaluation et mode de recueil

Nous avons utilisé un QAA anonyme. Les participants ont rempli le questionnaire avant puis trois mois après la formation. Il s'agit d'une version simplifiée et adaptée, sur une page, du questionnaire Perceptions et attitudes en matière d'alcool (38) conçu en 2006 par l'OFDT en collaboration avec AGIR 33, pour évaluer l'impact des formations "RPIB alcool" chez les MG. Notre questionnaire a d'abord été validé par la coordination régionale RPIB d'Aquitaine. Il a ensuite subi une phase de test, où il a été administré à un public de professionnels, comprenant des infirmiers scolaires.

Ainsi, quelques modifications accessoires ont été réalisées depuis sa création, mais aucune question n'a été modifiée durant l'étude. Le QAA "avant" était distribué par les formateurs au début de chaque formation, puis récupéré, de manière anonyme et groupée, quelques minutes plus tard. Le QAA "après" était envoyé par courrier à tous les participants répondants aux critères d'inclusion trois mois après chaque formation. Deux rappels ont été adressés en cas de non-réponse dans un délai d'un mois et de deux mois.

Le QAA (annexe 1) comportait :

- une question pour décrire la profession du "répondant"

Annexe 1. – Questionnaire auto-administré (QAA) avant et trois mois après la formation Enquête sur les perceptions et attitudes des professionnels de santé participant aux formations "RPIB jeunes"

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

Profession :

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

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

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

- ☐ À la demande de la personne ☐ À la demande d'un tiers ☐ Au moins une fois par an ☐ Dans les situations de risque ☐ Jamais

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

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

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

- ☐ Oui, le plus souvent ☐ Oui, mais pas toujours ☐ Habituellement non ☐ Pas du tout

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

- ☐ Oui, le plus souvent ☐ Oui, mais pas toujours ☐ Habituellement non ☐ Pas du tout

Difficultés rencontrées :

et ses formations antérieures ;

- une question à choix multiples pour déclarer la pratique habituelle des professionnels sur la fréquence du dépistage des consommations à risque ;
- trois questions fermées à choix multiples, de type échelles de Likert : une question évaluant l'importance de dix obstacles rencontrés par les PSSEN pour aborder les consommations de SPA ; une question explorant le sentiment de savoir aider les jeunes ayant des consommations à risque ; une question évaluant le sentiment de savoir orienter ces jeunes ;
- une question ouverte finale permettant aux professionnels d'exprimer les difficultés qu'ils souhaitaient souligner.

Critères de jugement

Le critère de jugement principal de notre étude est la réponse des PSSEN à la question concernant le "sentiment de savoir aider" les jeunes ayant des consommations à risque. Nous avons choisi quatre critères de jugement secondaires permettant d'apporter des précisions complémentaires à notre critère de jugement principal :

- l'importance des obstacles perçus pour aborder les consommations de SPA ;
- le caractère plus ou moins systématique du repérage dans la pratique des PSSEN ;
- le sentiment de savoir orienter les jeunes ayant des consommations à risque ;
- les autres difficultés rencontrées sur la thématique.

Saisie et traitement des données

La saisie des données a été réalisée sur le logiciel Microsoft Excel 2007® puis contrôlée par une seconde personne à partir des documents "papier" archivés. Le traitement statistique des données a été réalisé avec l'aide de l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement de l'Université de Bordeaux. Lorsque les répondants n'ont

pas respecté les consignes de remplissage du questionnaire (plusieurs réponses cochées au lieu d'une seule par exemple), nous avons décidé de considérer leur réponse comme manquante pour les analyses.

Dans un premier temps, nous avons effectué une analyse descriptive des réponses dans les groupes "avant" et "après" formation, en utilisant les logiciels EpiInfo® et R® (39). Pour chaque question, cette analyse a été réalisée de manière globale puis stratifiée selon la profession.

Le caractère anonyme des questionnaires ne permettant pas d'étudier les changements au niveau individuel, nous avons décidé de considérer les groupes "avant" et "après" comme étant indépendants. Nous avons donc comparé les réponses à chaque question du QAA "avant" à celles du QAA "après". Les non-réponses aux questions "après" ont été considérées comme des données manquantes. Ces comparaisons ont été effectuées de manière globale puis stratifiées selon la profession. Les tests de comparaison du χ^2 et de Fisher ont été utilisés, avec les logiciels R® (39) et SAS® (SAS Institute Inc., Cary, États-Unis). Le seuil de significativité statistique a été fixé à 0,05.

En ce qui concerne la question ouverte finale, les réponses obtenues ont été regroupées par thèmes afin de faire ressortir les principales difficultés rencontrées par les PSSEN avant et après la formation. Les réponses apparaissant une seule fois ont été éliminées.

Résultats

Population étudiée

Parmi les 219 participants à la formation "RPIB jeunes", 199 répondaient aux critères d'inclusions (figure 1). Le taux de réponse était de 99,5 % pour le QAA "avant" et de 83,4 % pour le QAA "après". Les non-répondants au

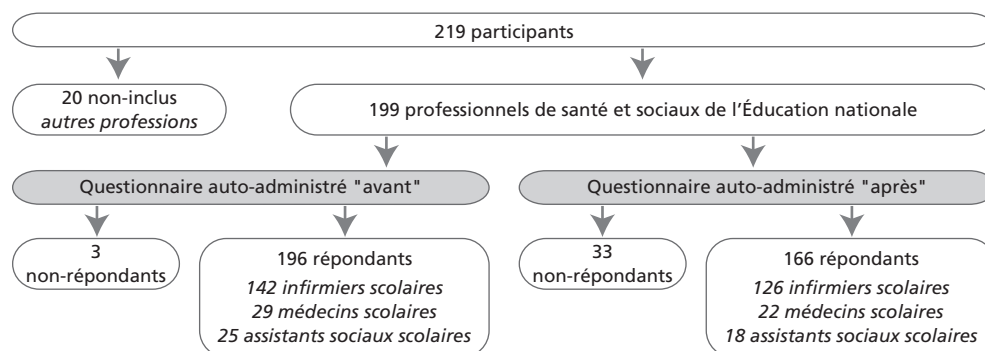


Figure 1. – Diagramme de flux.

QAA “après” étaient deux fois plus nombreux pour les formations ayant eu lieu en fin d’année scolaire avec un QAA “après” envoyé au début de l’année suivante (en moyenne, 3,8 non-répondants par formation vs 1,6 pour les formations ayant eu lieu à une autre période de l’année).

Les distributions des professions dans les populations “avant” et “après” étaient comparables entre elles, avec une nette majorité d’infirmiers (plus de 70 %), alors que les médecins et les assistants sociaux étaient moins nombreux (entre 10 et 15 %). Cette répartition est proportionnelle à celle des différentes professions médico-sociales travaillant pour l’Éducation nationale en Gironde ($p < 0,001$).

Parmi les répondants, presque la moitié des PSSEN inclus ont déclaré n’avoir participé auparavant à aucune formation ni au repérage précoce ni aux IB (tableau I). Une majorité

de médecins et d’assistants sociaux déclaraient avoir bénéficié de formations en matière de repérage précoce, tandis que, au contraire, plus de la moitié des infirmiers déclaraient n’y avoir jamais été formés. Cependant, cette différence n’était pas statistiquement significative ($p = 0,09$).

Sentiment de savoir aider les jeunes

Il existait un changement significatif dans le sentiment de savoir aider les jeunes entre avant et après la formation, quelle que soit la profession (tableau II). Après la formation, les PSSEN ont été quatre fois plus nombreux à avoir le sentiment de savoir aider “le plus souvent” les jeunes ayant des consommations à risque (9,2 % vs 44,6 %). De plus, seuls 1,2 % des répondants avaient toujours le sentiment de ne “jamais” ou “ne pas savoir habituellement”

Tableau I : Participation déclarée à une formation antérieure, selon la profession (formations RPIB* “jeunes”, Gironde, 2013, N = 196)

Formation antérieure	Assistants sociaux scolaires		Infirmiers scolaires		Médecins scolaires		Ensemble des PSSEN**	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aucune	6	24,0	74	52,1	10	34,5	90	45,9
Repérage précoce (RP)	15	60,0	52	36,6	15	51,7	82	41,9
Interventions brèves (IB)	0	0,0	2	1,4	0	0,0	2	1,0
RP et IB	4	16,0	14	9,9	4	13,8	22	11,2

* repérage précoce et intervention brève ; ** professionnels de santé et sociaux de l’Éducation nationale.

Tableau II : Sentiment de savoir aider selon la profession avant et après la formation (formations RPIB* “jeunes”, Gironde, 2013)

Sentiment de savoir aider	Assistants sociaux scolaires				Infirmiers scolaires				Médecins scolaires				Ensemble des PSSEN**			
	Avant		Après		Avant		Après		Avant		Après		Avant		Après	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui, le plus souvent	1	4,0	11	61,1	16	11,3	55	43,6	1	3,4	8	36,4	18	9,2	74	44,6
Oui, mais pas toujours	20	80,0	7	38,9	87	61,3	69	54,8	22	75,9	14	63,6	129	65,8	90	54,2
Habituellement non	3	12,0	0	0,0	28	19,7	2	1,6	5	17,2	0	0,0	36	18,4	2	1,2
Pas du tout	1	4,0	0	0,0	11	7,7	0	0,0	1	3,5	0	0,0	13	6,6	0	0,0
valeur de p	< 0,001				< 0,001				< 0,001				< 0,001			

* repérage précoce et intervention brève ; ** professionnels de santé et sociaux de l’Éducation nationale.

Tableau III : Recherche des consommations de substances psychoactives selon la profession avant et après la formation (formations RPIB* “jeunes”, Gironde, 2013)

Situations	Assistants sociaux scolaires				Infirmiers scolaires				Médecins scolaires				Ensemble des PSSEN**			
	Avant		Après		Avant		Après		Avant		Après		Avant		Après	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
À la demande du jeune	3	12,0	0	0,0	5	3,5	2	1,6	3	10,3	2	9,1	11	5,6	4	2,4
À la demande d’un tiers	5	20,0	5	27,8	51	35,9	30	23,8	6	20,7	3	13,6	62	31,6	38	22,9
Au moins une fois par an	2	8,0	0	0,0	12	8,5	33	26,2	4	13,8	4	18,2	18	9,2	37	22,3
Dans les situations à risque	12	48,0	9	50,0	47	33,1	44	34,9	10	34,5	12	54,5	69	35,2	65	39,1
Jamais	2	8,0	1	5,5	5	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	3,6	1	0,6
Réponses non traitées	1	4,0	3	16,7	22	15,5	17	13,5	6	20,7	1	4,6	29	14,8	21	12,7
valeur de p	> 0,05				< 0,001				> 0,05				< 0,001			

* repérage précoce et intervention brève ; ** professionnels de santé et sociaux de l’Éducation nationale.

aider les jeunes ayant des consommations à risque après la formation, contre 25 % avant.

Importance des obstacles perçus pour aborder la consommation de SPA

Il existait une différence statistiquement significative entre les réponses obtenues avant et après la formation pour chacun des dix obstacles proposés dans notre QAA. Les obstacles sont moins souvent perçus comme “importants”, avec augmentation des réponses “Aucun obstacle”. Les obstacles liés aux autres diminuaient de moitié, mais restaient plus importants que ceux liés aux PSSEN eux-mêmes, qui ont quasiment disparu. L'analyse stratifiée par profession montrait que tous ces obstacles avaient évolué de manière significative chez les infirmiers, tandis que ce n'était le cas que pour seulement trois obstacles chez les assistants sociaux et pour aucun obstacle chez les médecins.

Repérage déclaré des consommations de SPA

Après la formation, les PSSEN étaient 2,5 fois plus nombreux à déclarer rechercher les consommations “au moins une fois par an”. La recherche des consommations “dans les situations à risque” était aussi plus fréquente, alors que les PSSEN semblaient moins attendre la demande du jeune ou d'un tiers pour le faire. Après stratification sur la profession, nous avons pu observer que ces changements d'attitude déclarés étaient significatifs uniquement chez les infirmiers (tableau III).

Sentiment de savoir orienter les jeunes ayant des consommations à risque

Les PSSEN déclaraient avoir le sentiment de mieux orienter les jeunes ayant des consommations à risque (tableau IV). Ainsi, après formation, sept PSSEN sur dix déclaraient

Tableau IV : Sentiment de savoir orienter selon la profession avant et après la formation (formations RPIB* “jeunes”, Gironde, 2013)

Sentiment de savoir aider	Assistants sociaux scolaires				Infirmiers scolaires				Médecins scolaires				Ensemble des PSSEN**			
	Avant		Après		Avant		Après		Avant		Après		Avant		Après	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui, le plus souvent	3	12,0	15	83,3	36	25,4	92	73,0	6	20,7	10	45,5	45	23,0	117	70,5
Oui, mais pas toujours	21	84,0	2	11,1	81	57,0	27	21,4	20	69,0	10	45,5	122	62,2	39	23,5
Habituellement non	0	0,0	1	5,6	19	13,4	7	5,6	3	10,3	2	9,0	22	11,2	10	6,0
Pas du tout	1	4,0	0	0,0	6	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	3,6	0	0,0
valeur de p	< 0,001				< 0,001				> 0,05				< 0,001			

* repérage précoce et intervention brève ; ** professionnels de santé et sociaux de l'Éducation nationale.

Tableau V : Difficultés rencontrées par les PSSEN* avant et après la formation (formations RPIB* “jeunes”, Gironde, 2013)

	Avant (N = 91)		Après (N = 56)	
	n	% ***	n	% ***
Conditions de travail des PSSEN	13	14,3	13	23,2
Manque de temps	6	6,6	7	12,5
Problèmes liés aux professeurs/directeur	3	3,3	4	7,1
Problèmes de suivi du jeune	4	4,4	2	3,6
Connaissances des PSSEN	23	25,3	3	5,4
Manque de connaissances en addictologie	7	7,7	1	1,8
Méconnaissance des partenaires	16	17,6	2	3,6
Jeunes et leurs parents	31	34,1	26	46,4
Déni du jeune/non adhésion	25	27,5	15	26,8
Parents (déni, autorité parentale...)	6	6,6	11	19,6
Structures spécialisées	49	53,8	14	25,0
Manque de structures adaptées	2	2,2	0	0,0
Horaires des structures non adaptées	0	0,0	2	3,6
Eloignement des structures/problèmes de moyen de transports	24	26,4	8	14,2
Délais de prise en charge dans les structures	17	18,7	2	3,6
Problème de communication avec les structures	6	6,6	2	3,6
Remerciement/moins de difficultés autour de la thématique	0	0,0	11	19,6

* professionnels de santé et sociaux de l'Éducation nationale ; ** repérage précoce et intervention brève ; *** somme supérieure à 100 % car plusieurs réponses possibles.

savoir orienter les jeunes “le plus souvent”. Après stratification sur la profession, ce sentiment a évolué de manière significative pour les infirmiers et les assistants sociaux.

Autres difficultés rencontrées

91 PMSS ont répondu à cette question ouverte avant la formation (46,4 % des répondants) et 56 après la formation (33,7 %) (tableau V). Les principales difficultés rencontrées par les PSSEN dans leur pratique étaient liées au jeune : déni ; refus d’entrer dans une démarche de soin (jeune refusant l’accompagnement des PMSS ou l’acceptant mais ne souhaitant pas rencontrer de professionnels spécialisés) ; relation avec ses parents (secret médical et autorité parentale).

D’autre part, cette question dévoile d’autres difficultés non abordées dans les questions fermées du QAA : problèmes d’accès aux structures spécialisées, du fait de leur éloignement ou bien de leur manque de disponibilité ; manque de travail en réseau, de communication avec les structures, mais aussi au sein même des établissements scolaires, avec les professeurs et le personnel éducatif. Les professionnels déploraient aussi le manque de temps et de moyens pour effectuer cette mission de repérage et de prise en charge des jeunes. Les difficultés liées au manque de connaissances avaient quasiment disparues après formation.

Discussion

Trois mois après la formation “RPIB jeunes”, les opinions des PSSEN pour toutes les questions concernant les difficultés rencontrées lors du repérage et de la prise en charge des jeunes scolarisés présentant des consommations problématiques de SPA ont évolué favorablement, de façon significative. Aucune étude comparable n’ayant été réalisée, nous ne pouvons pas confronter nos résultats de manière pertinente à d’autres sources. Il est par contre habituel que les obstacles soient plus attribués au patient qu’à sa propre pratique (38). Notre étude montre qu’il existe une amélioration significative du sentiment de savoir aider les jeunes pour chacune des trois professions étudiées.

Intérêts principaux de cette étude

Notre étude a permis d’évaluer pour la première fois la formation originale “RPIB jeunes” développée en Aquitaine depuis 2008. Le délai court de trois mois après

la formation nous permet de mesurer les changements immédiats d’opinions sur les pratiques, limitant le risque d’exposition à des facteurs intercurrents. Ces formations doivent avoir un impact rapide si l’on veut espérer un changement à plus long terme. L’enracinement dans la durée des changements obtenus suppose la mise en place d’autres mesures organisationnelles. Par ailleurs, la participation de la quasi-totalité des PSSEN titulaires de la Gironde et le taux de réponse très élevé à nos questionnaires nous ont permis de réduire considérablement le risque de biais d’attrition.

Limites et biais de l’étude

Pour les critères de jugement secondaires, l’évolution des réponses reste toujours significative pour les infirmiers, ce qui n’est pas le cas pour les assistants sociaux et les médecins, moins nombreux. Cette différence peut être liée au manque de puissance, mais les infirmiers ayant suivi moins de formations sur les thématiques abordées ont également plus de potentialités d’amélioration.

Notre étude est basée sur une enquête d’opinions prenant en compte les perceptions et pratiques déclarées des PSSEN. Les réponses obtenues sont donc subjectives. Toutefois, la nette amélioration du sentiment de savoir aider les jeunes signe une prise de confiance chez les PSSEN formés, dont l’impact sur les pratiques reste à démontrer.

Le caractère anonyme des questionnaires ne nous a pas permis d’étudier l’évolution des pratiques pour chaque individu. Nous n’avons pu étudier que l’évolution globale avant et après la formation selon la profession.

Enfin, notre étude concerne exclusivement la thématique des consommations à risque, alors que la formation “RPIB jeunes” comporte un volet non négligeable consacré à la souffrance psychique et au risque suicidaire de l’adolescent. Il serait intéressant de modifier le questionnaire pour qu’il explore ces dimensions.

Conclusion et perspectives

Les résultats de notre étude montrent un impact favorable fort de la formation “RPIB jeunes” sur les perceptions et attitudes des PSSEN face à un jeune ayant des consommations à risque. Elle semble permettre un repérage plus systématique, lever des obstacles pour aborder les consommations de SPA et améliorer le sentiment de savoir

aider et orienter le jeune en difficulté. Cette formation, avec les outils proposés (TSTS-CAFARD, ADOSPA, PIRE, IB), mériterait une plus large diffusion, ce qui répond aux recommandations 2014 de l'Inserm concernant les conduites addictives des adolescents (40) et aux objectifs de Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (41).

Les résultats de notre enquête suggèrent :

- de consolider les liens avec les ressources locales pour favoriser l'orientation adaptée des jeunes en difficulté (diversification des intervenants, visite des structures, création de répertoires des ressources locales...);
- de favoriser la pérennité des actions au sein des établissements (une culture commune avec mise en place de protocoles ; ateliers sur les situations problématiques...);
- développer des formations pratiques avec mises en situation.

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

Conflits d'intérêt. – Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt.

M. Le Rouzic, É. Frison, S. Kinouani, S. Maurice, C. Bustos, P. Castera
Repérage précoce et intervention brève "jeunes". Impact des formations en santé scolaire

Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37 (3) : 223-232

Références bibliographiques

- 1 - Alvin P, Marcelli D, Bader-Meunier B, Baruchel A. Médecine de l'adolescent. 2^e édition. Paris : Elsevier Masson ; 2005.
- 2 - Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012 ; 17 (9820) : 379.
- 3 - Inserm – Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Principales causes de décès des jeunes et des enfants en 2011 en France métropolitaine. Le Kremlin-Bicêtre : CépiDc ; http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATCCJ06206®_id=0 (consulté le 5 décembre 2013).
- 4 - Courtois R. Les conduites à risque à l'adolescence : repérer, prévenir et prendre en charge. Paris : Dunod ; 2011.
- 5 - Binder P, Chabaud F, Balima S, Saillard C, Robin S, Taugourdeau R, Choquet M. Nouvelles démarches épidémiologiques : une enquête issue du terrain auprès de 3 800 adolescents. *Rev de Santé Pub*. 2001 ; 13 (4) : 367-77.
- 6 - Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012 ; 379 (9834) : 2373-82.
- 7 - Spilka S, Le Nezet O. Alcool, tabac, cannabis durant les "années lycées". *Tendance*. 2013 ; 89 : 1-8, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxsstb.pdf> (consulté le 8 janvier 2014).
- 8 - Hibell B, Guttormsson U, Ahlstrom S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European countries. Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) ; 2012.
- 9 - Godeau E, Navarro F, Arnaud C. La santé des collégiens en France en 2010. Données françaises de l'enquête internationale *Health behaviour in school-aged children* (HBSC). Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé ; 2012.
- 10 - Beck F, Richard JB, dir. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètre santé ; 2013.
- 11 - Auvray L, Le Fur P. Adolescents : état de santé et recours aux soins. *Questions d'économie de la santé*. 2002 ; 49 : 1-6, <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes49.pdf> (consulté le 8 décembre 2013).
- 12 - Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Taux de scolarisation par âge en 2011. Paris : Insee ; http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&id=146 (consulté le 8 décembre 2013).
- 13 - Choquet M, Pommereau X, Lagadic C, Cottin K. Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire. Paris : Éditions Inserm ; 2001.
- 14 - Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre, santé. Paris : La Découverte ; 2008.
- 15 - Anderson P, Gual A, Colom J, INCa (trad.). Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris : INPES ; 2008.
- 16 - République Française. Circulaire DGS/SD6B n° 2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie. *Bulletin officiel du Ministère chargé de la Santé*. 2006 ; (2006/11) : 121-6.
- 17 - World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide. Genève : WHO ; 2012.
- 18 - Organisation Mondiale de la Santé. Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Genève : OMS ; 2005.
- 19 - Horowitz LM, Ballard ED, Pao M. Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. *Curr Opin Pediatr*. 2009 ; 21 (5) : 620-7.
- 20 - Julien M, Breton JJ. La prévention du suicide chez les adolescents. Que savons-nous de son efficacité ? *Frontières*. 2008 ; 21 (1) : 23-31.
- 21 - Peña JB, Caine ED. Screening as an approach for adolescent suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav*. 2006 ; 36 (6) : 614-37.

- 22 - Faulstich ME, Carey MP, Ruggiero L, Enyart P, Gresham F. Assessment of depression in childhood and adolescence: an evaluation of the the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *Am J Psychiatry*. 1986 ; 143 (8) : 1024-7.
- 23 - Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The Adolescent depression rating scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry*. 2007 ; 7 : 2.
- 24 - Cohen E, MacKenzie RG, Yates GL. HEADSS, a psychosocial risk assessment instrument: Implications for designing effective intervention programsfor runaway youth. *J Adolesc Health*. 1991 ; 12 (7) : 539-44.
- 25 - Binder P, Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents. I – Conception d'un test et validation de son usage. *Rev Prat Méd Gén*. 2004 ; 18 : 576-80.
- 26 - Groupe Francophone de Travail sur le Repérage des Consommations à Risque et Dangereuses de Substances Psychoactives chez les Adolescents et les Jeunes Adultes. Substances psychoactives chez les jeunes : outils de repérage et d'évaluation des consommations disponibles en français. *Alcoologie et Addictologie*. 2007 ; 29 : 131-41.
- 27 - Bernard M, Bolognini M, Plancherel B, Chinet L, Laget J, Stephan P, et al. French validity of two substance-use screening tests among adolescents: a comparison of the CRAFFT and DEP-ADO. *J Subst Use*. 2005 ; 10 (6) : 385-95.
- 28 - Landry M, Guyon L, Bergeron J, Provost G. Évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. Développement et validation d'un instrument. *Alcoologie et Addictologie*. 2002 ; 24 (1) : 7-13.
- 29 - Karila L, Legleye S, Beck F, Corruble E, Falissard B, Reynaud M. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale : le CRAFFT-ADOSPA. *Press Méd*. 2007 ; 36 (4) : 582-90.
- 30 - Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Saint-Denis : HAS ; 2005.
- 31 - Crawford MJ, Thana L, Methuen C, Ghosh P, Stanley SV, Ross J, et al. Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial. *British J Psychiatry*. 2011 ; 198 (5) : 379-84.
- 32 - Tevyaw TO, Monti PM. Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. *Addiction*. 2004 ; 99 (Suppl. 2) : 63-75.
- 33 - American Academy of Pediatrics Committee on Substance Abuse. Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment for pediatricians. *Pediatrics*. 2011 ; 128 : 1330-40.
- 34 - Winters KC, Leitten W. Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting: Outcomes and mediating factors. *J Subst Abuse Treat*. 2012 ; 42 (3) : 279-88.
- 35 - Dermen KH, Thomas SN. Randomized controlled trial of brief interventions to reduce college students' drinking and risky sex. *Psychol Addict Behav*. 2011 ; 25 (4) : 583-94.
- 36 - Cunningham RM, Chermack ST, Zimmerman MA, Shope JT, Bingham CR, Blow F, et al. Brief motivational interviewing intervention for peer violence and alcohol use in teens: one-year follow-up. *Pediatrics*. 2012 ; 129 (6) : 1083-90.
- 37 - Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie. Questionnaire sur les perceptions et attitudes en matière d'alcool. Saint-Denis : OFDT ; http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/rpib_perceptions_attitudes.pdf (consulté le 16 janvier 2014).
- 38 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Évaluation de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes sur la période 2007-2008 : principaux résultats. Saint-Denis : OFDT ; 2009.
- 39 - R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Vienna : R Foundation for Statistical Computing ; 2014, <http://www.R-project.org/>.
- 40 - Beck F, Dervaux A, Du Roscoat E, Gallopel-Morvan K, Grall-Bronnec M, Kern L, et al. Conduites addictives chez les adolescents : usages, prévention et accompagnement. Paris : Éditions Inserm ; 2014.
- 41 - République Française, Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Paris : La Documentation française, coll. des rapports officiels ; 2013.