

***Le rôle des infirmières scolaires dans la prise en charge, le dépistage et la prévention de la consommation d'alcool et de cannabis chez les adolescents âgés de 12 à 15 ans.***



Source : Iconovox (2013)

**Travail de Bachelor**

**Kanat Lara - N° 08326001**  
**Laleu Lucile - N° 09671447**  
**Le Hong-Ngoc Alice - N° 09317349**  
**Moussli Nora - N° 09671967**

Directrice : Murielle Szynalski-Morel ; chargée d'enseignement HES  
Membre du jury externe : Marinette Clavijo-Gallay ; infirmière référente des pratiques  
(Service Santé de la Jeunesse)

**Genève, août 2013**

*« Les conduites à risque sont des sollicitations symboliques de la mort dans une quête de limites pour exister, ce sont des tentatives maladroites et douloureuses de se mettre au monde, de ritualiser le passage à l'âge d'homme [...]. Les conduites à risque se distinguent absolument de la volonté de mourir, elles ne sont pas des formes maladroites de suicides mais des détours symboliques pour s'assurer de la valeur de son existence. »*

Le Breton (2007)

**Déclaration :**

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de Santé – Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins Infirmiers*. L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HedS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie. »

Fait à Genève, le 30 août 2013.

Kanat Lara, Laleu Lucile, Le Hong-Ngoc Alice, Moussli Nora

## Remerciements

Nous souhaitons remercier Marinette Clavijo-Gallay pour nous avoir donné les contacts des infirmières scolaires pour les entretiens et d'avoir accepté d'être notre jurée.

Merci également aux infirmières que nous avons interviewées ainsi qu'au Service Santé de la Jeunesse pour leur temps et leur partage d'expérience.

Tous nos remerciement aux enseignantes du module « dépistage comportements à risque chez les adolescents », Anne Meynard et Carole Navarro d'avoir partagé leurs connaissances avec nous.

Nous remercions infiniment nos amis, familles et bien sûr nos relecteurs pour leur engagement, leur temps, leurs conseils, leurs encouragements et leur soutien.

Enfin, un grand merci à notre super directrice de mémoire, Murielle Szynalski-Morel pour son aide et ses conseils précieux tout au long de la rédaction de notre travail. Vous resterez pour toujours dans notre mémoire.

## **Note de lecture**

Dans le présent document, pour alléger la lecture, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

## Lexique

C.O :	Cycle d'orientation
CTAI :	Centre de traitement ambulatoire intensif
DARES :	Département des affaires régionales de l'économie et de la santé
DIP :	Département de l'instruction publique
EM :	Entretien motivationnel
Fegpa :	Fédération genevoise pour la prévention de l'alcool
HARMOS :	Harmonisation de la scolarité obligatoire
HBSC :	Health Behaviour in School aged Children (enquête tous les quatre ans)
Ilottiers :	Equipes spécifiques de la police municipale
Médecine A2 :	Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, HUG
OJ :	Office de la jeunesse
OMP :	Office médico-pédagogique
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
PER :	Plan d'études romand
P.O :	Post obligatoire
REP :	Réseau d'enseignement prioritaire
SSJ :	Service santé de la jeunesse
SPMI :	Service de protection des mineurs
TSHM :	Travailleurs sociaux hors-murs

# **Table des matières**

<b>Remerciements.....</b>	<b>4</b>
<b>Note de lecture.....</b>	<b>5</b>
<b>Lexique.....</b>	<b>6</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1. Elaboration du travail de Bachelor.....</b>	<b>9</b>
1.1.1. Contexte.....	9
1.1.2. Objectifs.....	9
1.1.3. Problématique .....	9
1.1.4. Méthodologie .....	10
1.1.5. Mots-clés / Keywords.....	11
<b>1.2. Motivations personnelles et professionnelles .....</b>	<b>12</b>
1.2.1. Alice.....	13
1.2.2. Lara .....	14
1.2.3. Lucile .....	15
1.2.4. Nora.....	15
<b>2. METHODOLOGIE .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1. Type de recherche.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2. Outils.....</b>	<b>17</b>
<b>2.3. Guide d'entretien.....</b>	<b>17</b>
<b>2.4. Population interrogée .....</b>	<b>18</b>
<b>3. CADRE THEORIQUE.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1. Développement de l'adolescent entre 12 et 15 ans .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2. Comportement à risque .....</b>	<b>23</b>
3.2.1. Définitions .....	23
3.2.2. Sens de l'expression .....	23
3.2.3. En lien avec l'adolescence.....	24
3.2.4. Conclusion .....	25
<b>3.3. Alcool, Cannabis.....</b>	<b>26</b>
3.3.1. Alcool.....	26
3.3.2. Cannabis.....	39
<b>3.4. Autres comportements à risque.....</b>	<b>52</b>
3.4.1. Tabac .....	52
3.4.2. Sexualité à risque.....	54
<b>3.5. Les facteurs influençant et associés à la consommation d'alcool et de cannabis .....</b>	<b>57</b>
3.5.1. Les facteurs individuels .....	57
3.5.2. Les facteurs comportementaux.....	57
3.5.3. Les facteurs environnementaux.....	58
3.5.4. Les facteurs de protection .....	58
<b>3.6. Rôle infirmier .....</b>	<b>61</b>
3.6.1. Evolution du rôle infirmier au fil des années.....	61
3.6.2. Le rôle infirmier au SSJ.....	62
3.6.3. Un référentiel de compétences .....	63

3.6.4. La prévention .....	64
3.7. Collaboration pluridisciplinaire .....	78
3.8. Secret Médical.....	80
<b>4. ANALYSE DESCRIPTIVE ET INTERPRETATIVE .....</b>	<b>84</b>
4.1. Comportements à risque .....	84
4.2. Rôle infirmier et prise en charge des adolescents .....	89
4.3. Prévention.....	95
4.4. Collaboration pluridisciplinaire .....	100
4.5. Secret médical - Confidentialité .....	102
<b>5. CONCLUSION .....</b>	<b>107</b>
5.1. Résultats .....	107
5.2. Apports et limites .....	110
5.3. Perspectives .....	111
<b>6. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>7. ANNEXES .....</b>	<b>119</b>
7.1. Lettre de demande d'autorisation.....	119
7.2. Le guide d'entretien.....	120
7.3. Quizz (C.O.).....	123
7.4. Tableaux thèmes.....	125



# **1. INTRODUCTION**

## **1.1. Elaboration du travail de Bachelor**

### **1.1.1. Contexte**

L'adolescence est une période remplie de bouleversements tant sur le plan physique que psychologique. Durant cette phase de transition, l'adolescent est prédisposé à adopter des comportements à risques tels que la consommation abusive d'alcool et de cannabis. L'infirmière scolaire côtoie les adolescents au quotidien et de ce fait, peut avoir un rôle essentiel concernant la promotion de la santé et le dépistage des situations de dépendance.

Nous nous sommes intéressées aux adolescents scolarisés dans les cycles d'orientation genevois car ce sont des établissements d'études secondaires qui regroupent l'ensemble des élèves de 12 à 15 ans. Comme l'ensemble des cantons romands, le cycle d'orientation genevois met en œuvre les éléments du concordat Harmos et du plan d'études romand (PER). Cette étape représente la fin des études obligatoires du système publique.

### **1.1.2. Objectifs**

Ce travail de Bachelor est réalisé dans le cadre de la fin de notre formation en soins infirmiers à la Haute école de santé de Genève. Il a pour objectif de démontrer l'importance du rôle de l'infirmière scolaire dans la prise en charge, le dépistage et la prévention des consommations à risque des adolescents au cycle d'orientation.

### **1.1.3. Problématique**

Suite à nos lectures nous avons pu mettre en évidence que la consommation d'alcool et de cannabis chez les adolescents est en augmentation depuis plusieurs années. En effet, il suffit d'allumer la télévision, lire le journal, discuter avec notre entourage, se promener dans la rue le soir, se replonger dans notre propre adolescence pour affirmer que ces consommations abusives sont un réel problème de santé publique.

Bien que la littérature soit très riche sur ce sujet nous désirions connaître le rôle et la place de l'infirmière scolaire dans le dépistage et la prévention de ces consommations. Nous voulions également identifier le type de prise en charge qu'elles mettaient en place pour les adolescents présentant des comportements à risque et comment se déroulait la prévention de la consommation d'alcool et de cannabis chez ceux-ci. En fonction de ces questions nous sommes arrivées à notre titre de recherche :

« Quel est le rôle des infirmières scolaires dans le dépistage, la prise en charge et la prévention de la consommation d'alcool et de cannabis chez les adolescents âgés de 12 à 15 ans ? »

Au fil du temps et suite à un certain nombre de discussions sur ce sujet, nous sommes arrivées à la conclusion que durant nos quatre ans d'étude nous n'avions quasiment jamais abordé en cours le thème de la santé scolaire, le rôle de l'infirmière, la mission du SSJ et le travail en réseau. C'est pourquoi il nous a paru opportun de réaliser notre travail sur ce sujet et nous avons voulu mettre en avant ces différents aspects.

#### **1.1.4. Méthodologie**

Au vue des enjeux évoqués en première partie, les problèmes qui en résultent ont fait l'objet de notre recherche. En fonction de ceux-ci, nous avons affiné nos questions de recherches qui sont les suivantes :

- Quel est le rôle d'une infirmière scolaire?
- Quelle est la mission du SSJ et avec quel réseau fonctionne-t-il?
- Qu'en est-il des comportements à risque chez les adolescents?
- Comment les infirmières les dépistent – elles et dans quel cadre?
- Comment se passe la prévention dans les écoles? et a-t-elle un impact mesurable?
- Quels sont les obstacles à la prévention?

Pour essayer de répondre au mieux à ces questions, nous avons élaboré un cadre théorique qui décrit le développement de l'adolescent, les comportements à risque d'avantage ciblés sur la consommation d'alcool et de cannabis, les facteurs influençant et associés à cette consommation. Ensuite, sont exposés le rôle infirmier, la prévention, la collaboration pluridisciplinaire et finalement le secret médical avec les notions de confidentialité.

La démarche méthodologique que nous avons entreprise a consisté à faire des entretiens semi-directifs basés sur une grille élaborée au préalable. Nous avons interviewé huit infirmières scolaires des cycles d'orientations de Genève après avoir demandé l'accord à la responsable des pratiques infirmières du SSJ.

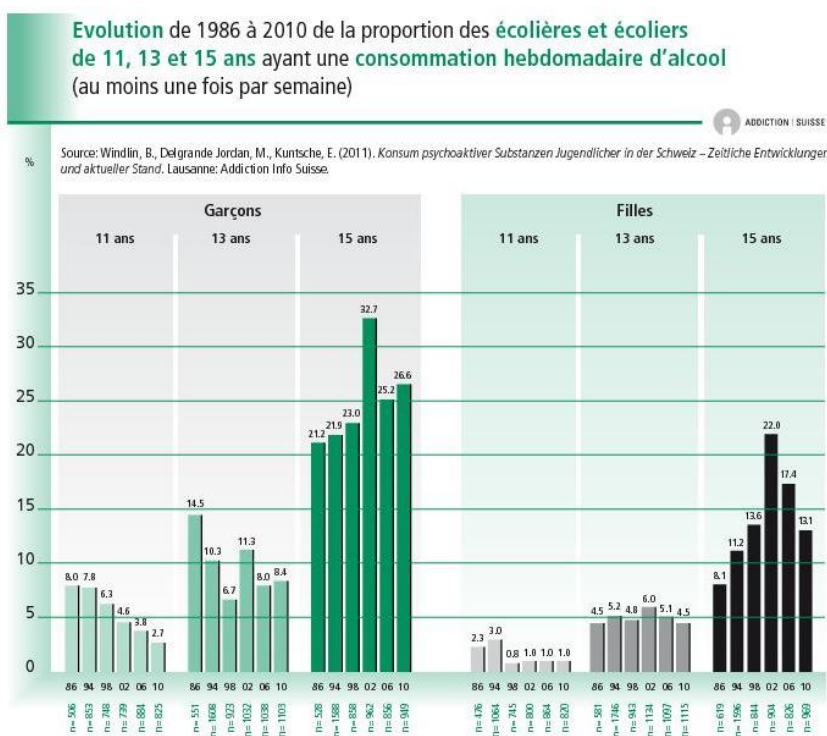
Pour terminer, nous avons analysé les thèmes en effectuant des liens entre la théorie et la pratique. Pour cela, nous nous sommes référées à notre cadre théorique et aux entretiens menés auprès des infirmières scolaires.

#### **1.1.5. Mots-clés / Keywords**

Teenagers / adolescents - risk behaviors – alcohol - scholar nurses / nursing care - nursing research - prevention

## 1.2. Motivations personnelles et professionnelles

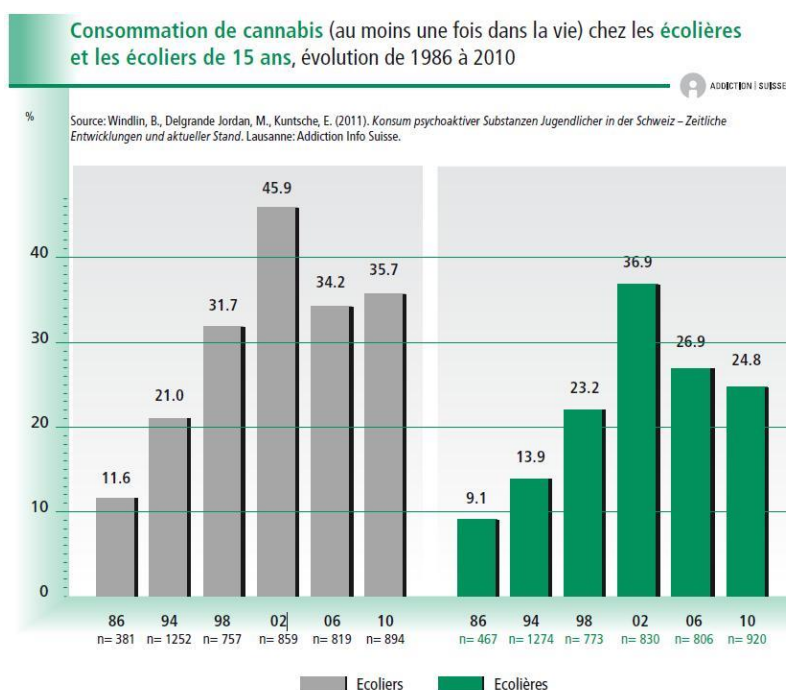
La problématique des comportements à risque chez les adolescents nous intéresse tout particulièrement car c'est un sujet qui a pris de l'ampleur au cours des dernières années et qui est actuellement un enjeu majeur de santé publique en Suisse comme dans de nombreux autres pays.



La pertinence de notre sujet peut en effet être démontrée grâce à certains phénomènes inquiétants, celui de l'émergence des comportements dangereux et destructeurs chez les enfants et adolescents de plus en plus jeunes.

Dans le graphique<sup>1</sup> qui représente la consommation d'alcool hebdomadaire des élèves de 11 à 15 ans, nous observons une recrudescence de cette consommation au fil du temps. Cette augmentation peut aussi être expliquée par le dépistage plus assidu de la population adolescente. D'une manière ou d'une autre, ce graphique démontre bien que ce comportement est un problème de santé publique.

Nous pouvons observer le même phénomène pour le graphique<sup>2</sup> concernant la consommation de cannabis. C'est pour ces raisons que nous avons choisi



1 [www.stop-alcool.ch/fr/statistiques/statistiques-suisse-l-alcool-et-les-jeunes](http://www.stop-alcool.ch/fr/statistiques/statistiques-suisse-l-alcool-et-les-jeunes)  
 2 [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/insex/01.Document.101073.pdf](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/insex/01.Document.101073.pdf)

d'approfondir ces deux substances.

Finalement, nous sommes toutes les quatre très intéressées par le domaine de la santé publique. Nous avons eu la chance durant notre formation de mettre sur pied un projet de prévention qui concernait précisément le dépistage du cancer du sein. Nous étions accompagnées dans ce projet par Madame Catherine Guillod et Madame Sarah Lachat. Puis, en mai 2012, nous avons été invitées à le présenter au SIDIEFF (5<sup>ème</sup> congrès international francophone des infirmiers et infirmières), qui se tenait à Genève. Ce projet a également confirmé le choix d'une thématique pour notre travail de Bachelor qui concerne la santé publique. Par ailleurs, nous avons également toutes effectué des stages en pédiatrie et certaines d'entre nous au sein du SSJ. Ces expériences ont également confirmé notre choix à allier un thème de la santé publique qui touche les adolescents. Après avoir souligné nos motivations communes voici nos motivations personnelles :

### **1.2.1. Alice**

Pour ma part, je suis très intéressée par le sujet de notre Bachelor car il concerne le rôle de l'infirmière scolaire et le réseau professionnel qui l'entoure. La santé communautaire est une spécialité qui suscite chez moi beaucoup d'intérêt. Je souhaiterais particulièrement découvrir ce qui peut être mis en place pour prévenir les comportements à risque chez les adolescents et connaître les acteurs en jeu.

D'une part, l'infirmière scolaire m'a toujours intriguée lors de mon enfance. En effet, je me demandais comment faisait-elle pour promouvoir notre santé, donner de l'intérêt alors qu'à cet âge on ne se souciait de rien; par exemple sur l'hygiène dentaire, ou l'alimentation.

Tout au long de notre scolarité obligatoire, que ce soit en primaire ou au cycle d'orientation, l'infirmière scolaire était présente et nous accompagnait sur des sujets pertinents ; à travers des notions de santé de base (environnement familial, vaccinations) ou en encore sur des sujets plus délicats (sexualité, situation de détresse sociale, atteintes à l'intégrité physique et psychique).

Nous avons l'image de l'infirmière scolaire qui est toujours à disposition des enfants, des adolescents et de la famille pour un accompagnement, un soutien ou même une orientation. Mais nous oublions facilement qu'elle n'est pas toute seule. En effet, c'est un relais parmi tant d'autres intervenants, mais qu'elle est son rôle propre? Exerce-t-elle plus particulièrement des activités de promotion de la santé et de prévention?

D'autre part, l'adolescence est une période complexe qui m'intrigue beaucoup, en effet, ce carrefour de la vie est un bouleversement non seulement somatique, métabolique mais aussi

psychologique et social. Je me souviens encore qu'à cette époque de ma vie, je voulais agir d'après mes pulsions, je voulais faire tout le contraire de ce qu'on me disait. Et avec du recul, je me dis que cette situation devait être vraiment difficile pour mes parents. Ainsi, je pense que la prise en charge d'un adolescent nécessite des compétences spécifiques.

J'aimerais découvrir le suivi d'un adolescent ayant un comportement à risque, et grâce à ce travail de Bachelor, je souhaiterais découvrir le rôle de l'infirmière scolaire et de son réseau. Je voudrais comprendre également l'émergence des comportements à risque chez les adolescents par les facteurs influençant, puis comprendre les compétences spécifiques demandées pour une « bonne » prise en soin.

### **1.2.2. Lara**

De mon côté, je trouve ce sujet intéressant car c'est une spécialisation que j'envisage d'exercer plus tard. En effet, la santé communautaire est un aspect des soins infirmiers que j'apprécie beaucoup. Nous avons eu la chance de l'aborder dans deux modules de première année Bachelor et je souhaiterais grandement approfondir mes connaissances dans le domaine, plus particulièrement sur les infirmières scolaires et le travail en réseau.

Nous nous sommes ciblées sur un sujet qui m'intéresse et me touche, celui des comportements à risque chez les adolescents. En effet, l'adolescence est une période de crise et qui peut être de grande souffrance. Il est nécessaire que quelqu'un soit présent et attentif à cette souffrance pour prévenir les comportements potentiellement dangereux de l'adolescent. Je pense que l'infirmière scolaire peut jouer ce rôle.

Pour ma part, je n'ai pas expérimenté ce genre de comportements bien que psychologiquement ce fut difficile. Toutefois, je me souviens de l'infirmière scolaire comme un élément rassurant et éducateur, malheureusement pas toujours présente.

Je pense qu'il existe certains préjugés concernant cette spécialité et je pense que l'on ne se rend pas compte des compétences spécifiques développées par celle-ci pour effectuer leur mission. A travers la réalisation de ce travail de Bachelor, je souhaite donc découvrir cet aspect de la profession d'infirmière. Je désire également comprendre l'émergence des comportements à risque chez les adolescents, particulièrement la prise abusive d'alcool et de cannabis et les facteurs qui les influencent. Enfin, je souhaiterais découvrir quels sont les moyens mis en place par l'infirmière scolaire pour prévenir et dépister ces comportements.

### **1.2.3. Lucile**

Mes motivations pour ce thème sont nombreuses, premièrement, l'infirmière scolaire m'a toujours intriguée. J'en ai côtoyé depuis toute petite et elles ont toujours eu ce rôle sécurisant et à la fois effrayant (la peur des vaccins et le souvenir des nombreux bobos douloureux de mon enfance).

A présent je porte de nouveau de l'intérêt de par ma formation car cela reste un domaine que je connais peu (Quelle formation faut-il faire ? Quelles aptitudes spécifiques ?).

De plus dans le futur, je souhaiterais m'orienter dans le domaine de la pédiatrie et je trouve intéressant de collaborer avec des enfants et adolescents dans un milieu autre que médical. Et enfin je me pose des questions telles que : Quelles sont leurs approches ? Éventuellement faire des entretiens auprès de quelques élèves pour connaître leur réaction.

La difficulté que ces infirmières peuvent rencontrer pour déceler le problème sous-jacent d'un comportement « anormal » et en voulant communiquer avec la famille de l'enfant. Le fait que nous nous penchions sur le rôle préventif du sujet me passionne d'autant plus. Les infirmières scolaires, surtout au cycle d'orientation se trouvent confrontés à des jeunes traversant des périodes sensibles et qui sont par conséquent plus enclin à réaliser des actes abusifs et autodestructeurs, c'est un sujet d'actualité qui touche les enfants de plus en plus jeunes et je trouve important de savoir reconnaître et de prévenir les adolescents qui sont le plus à risque.

### **1.2.4. Nora**

J'ai choisi de travailler sur un sujet qui touche le milieu de la santé scolaire pour plusieurs raisons. La plus importante étant que je me spécialiserai dans le domaine de la santé publique après mes études, pour cela je souhaiterais travailler avec les enfants et les adolescents afin d'acquérir de l'expérience. Mon stage effectué en pédiatrie dans l'unité des bébés en 2010 a confirmé mon envie de travailler dans ce domaine spécifique. Mon dernier stage de formation effectué au SSJ au printemps dernier a été celui que j'ai le plus apprécié et dans lequel je me suis sentie la plus à l'aise. Plus tard dans ma carrière professionnelle après avoir acquis de l'expérience j'aimerais faire le master en santé publique mais avant cela peut-être aussi le CAS en Formations en Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille.

J'ai eu l'occasion d'être souvent en contact avec des enfants, depuis mon adolescence, dans le cadre de baby-sitting. Je me suis également occupée d'un enfant IMC durant quatre ans,

jusqu'à son décès. La relation que j'ai eue avec lui m'a dirigé dans mon choix de travailler en pédiatrie par la suite.

Etant asthmatique depuis l'âge de quatre ans j'ai été hospitalisée à de nombreuses reprises. J'ai aussi eu l'occasion de participer à des camps et des groupes de sport avec d'autres enfants et adolescents. Je me suis familiarisée avec ce domaine dès mon plus jeune âge, je dirais même que la pédiatrie a toujours été un monde fascinant pour moi.

La pédiatrie est un terme très large qui selon moi regroupe divers sujets. La profession d'infirmière scolaire m'intéresse beaucoup pour plusieurs raisons. En raison de ma maladie, j'ai souvent été amenée à côtoyer les infirmières scolaires qui m'ont marquées. En effet, je me souviens qu'elles étaient toujours là pour me motiver à faire du sport, à m'expliquer l'importance de prendre mes traitements par exemple. J'ai aussi beaucoup été en contact avec les infirmières travaillant au sein du SSJ.

Finalement le sujet des comportements à risque chez les adolescents me semble être au cœur de l'actualité. Je me pose beaucoup de questions à ce sujet, je me demande pourquoi il y a autant de violence chez les adolescents, pourquoi consomment-ils autant d'alcool ? Quel est le risque de tentative de passage à l'acte ? Quel est le rôle des infirmières scolaires face à ces problématiques ? Quels sont les liens qu'elles ont avec les adolescents en crise ? Pour toutes ces raisons j'ai souhaité faire mon travail de Bachelor sur le sujet du rôle des infirmières scolaires.



## **2. METHODOLOGIE**

Après avoir défini notre sujet de travail de Bachelor, nous avons recherché des articles en lien avec notre cadre de référence. Suite à de nombreuses lectures, nous avons pu étoffer nos connaissances concernant notre thématique notamment dans le domaine du développement de l'adolescent, des comportements à risque, le rôle de l'infirmière scolaire, la prise en charge des adolescents, la prévention et le dépistage.

Nous avons pu élargir notre savoir en participant à un cours à option sur les entretiens de dépistage et au travers nos stages effectués au SSJ.

### **2.1. Type de recherche**

Nous avons axé notre travail de Bachelor sur une recherche qualitative pour des raisons de faisabilité (coûts financiers, temps, démarches administratives). Ce qui signifie qu'elle est basée sur l'analyse d'un nombre restreint d'entretiens semi-directifs avec des infirmières qui travaillent toutes dans un cycle d'orientation différent.

Une recherche de type quantitative comprenant un questionnaire envoyé à un grand nombre de personnes, ne nous aurait pas permis de mettre en avant de manière plus approfondie les sujets abordés. L'avantage de l'entretien semi-directif est de laisser plus de place à la personne interviewée pour s'exprimer. Notre recherche comprend donc une partie empirique et théorique.

### **2.2. Outils**

Au préalable, nous avons rédigé une grille d'entretien (en annexe) basée sur nos apports théoriques et un entretien exploratoire élaboré en 2<sup>ème</sup> année Bachelor. Les questions étaient de type « ouvertes » pour permettre une plus grande liberté d'expression. Nous avons demandé aux participants l'accord d'enregistrer les entretiens pour pouvoir les retranscrire par la suite.

### **2.3. Guide d'entretien**

Grâce à de nombreuses lectures et recherches nous avons pu élaborer un guide d'entretien permettant aux infirmières une approche réflexive sur leur rôle d'infirmière scolaire. Ainsi elles pouvaient partager leur expérience avec nous afin que nous puissions récolter des informations nécessaires à la réalisation de notre travail de Bachelor et en dégager des thèmes précis. Cela nous a également permis de recueillir des anecdotes sur des situations de comportement à risque pour avoir une idée plus précise du rôle de l'infirmière scolaire au

quotidien. Nous avons posé des questions communes à chacune d'entre elles pour pouvoir comparer leurs réponses. Nous avons donc effectué des entretiens en binôme, alors que l'une posait des questions, l'autre relançait la personne interviewée. Nous nous sommes ensuite réparties les retranscriptions des huit entretiens et à partir de là, nous avons fait ressortir les thèmes importants et nous avons sélectionné les citations les plus pertinentes. Ceci afin de faciliter la réalisation de notre analyse.

## **2.4. Population interrogée**

Après un certain nombre de démarches administratives nous avons eu l'autorisation du SSJ de réaliser des entretiens auprès de huit infirmières du cycle d'orientation du canton de Genève. Après avoir obtenu les rendez-vous avec ces dernières, nous nous sommes réparties les entretiens et nous nous y sommes rendues en binôme.

Les infirmières interrogées travaillent dans des cycles d'orientations de divers quartiers du canton de Genève. Le niveau socio-économique des habitants diffère d'un milieu à l'autre. Ceci nous a aussi permis d'avoir une vision globale et riche de l'environnement dans lequel elles travaillent.

La population cible pour notre travail de Bachelor englobe des infirmières scolaires avec beaucoup d'années d'expériences pour la plupart d'entre elles. La majeure partie a également une spécialisation : en santé communautaire, une formation en santé maternelle et infantile, en santé publique etc.

### **3. CADRE THEORIQUE**

#### **3.1. Développement de l'adolescent entre 12 et 15 ans**

Pour ce travail, nous allons nous centrer sur les adolescents entre 12 et 15 ans, c'est-à-dire durant la période de la scolarité obligatoire. Nous trouvons important d'expliquer le développement de cette tranche d'âge pour pouvoir faire le lien avec la consommation de substances et comprendre la spécificité d'une prise en charge pertinente.

Suite à plusieurs recherches, nous constatons qu'il est complexe de trouver une définition exacte de l'adolescence. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2013), un adolescent se définit comme toute personne âgée entre 10 à 19 ans. C'est une période de restructuration complète de la personne ainsi elle est en quête de son identité propre. Ce changement identitaire est traversé par la puberté et une crise d'adolescence.

D'après Narring & Michaud (2003):

[...] c'est au cours de l'adolescence que l'enfant va découvrir et affirmer son identité à travers une reconnaissance progressive de ses traits par lui-même et par ceux qui l'entourent, sous l'influence de son environnement. L'adolescent est l'objet de multiples transformations physiques, psychologiques, affectives et sociales dont il n'est pas maître. Ce sont les transformations pubertaires qui initient cette métamorphose et la sexualisation imprègne tous ces changements à partir du développement des organes sexuels et de la mise en marche de la fonction de procréation.

La puberté se définit littéralement comme « se couvrir de poils » ; ce terme vient du latin du mot « pubere ». Il désigne ainsi la période où a lieu le développement sexuel. Au niveau physiologique l'endocrinologue Tanner explique que le début de la puberté est marqué chez les filles par la poussée des seins, l'apparition de la pilosité pubienne puis axillaire et finalement l'apparition des premières règles. Tandis que chez les garçons le début de la puberté est marqué premièrement par le développement du volume testiculaire, ensuite par l'augmentation de la taille de la verge et finalement par l'apparition de la pilosité pubienne et corporelle. Les adolescents ont donc la possibilité de procréer. Il est donc tout à fait possible par exemple qu'une adolescente soit très développée sur le plan physique mais cela ne signifie pas qu'elle l'est sur le plan cognitif.

Suivant un article de la Revue médicale Suisse rédigé par Meynard, Haller, Navarro & Narring (2008):

L'adolescence est un processus d'autonomisation par lequel l'enfant compte de plus en plus sur ses propres compétences en étant de moins en moins dépendant de l'opinion et du soutien de ses parents. C'est aussi l'acquisition d'une identité stable, le sentiment permanent de savoir qui on est, ce que doit être sa vie. C'est une période riche en bouleversements pour le jeune et sa famille.

La période de transition entre la dépendance infantile à une autonomie est ici décrite par trois étapes de changement identitaire selon (Wenger, 2012, p.5):

➤ **Phase d'opposition [Fille: 12-13ans - Garçon: 15-17ans]**

Cette phase commence par un effondrement de l'acquis éducatif et social, en effet la perte de ses repères habituels permettra à l'enfant de se différencier de ses parents et de devenir adulte lui-même. Durant cette période, l'adolescent a un mouvement régressif au cours duquel il devient inconsciemment imprévisible car il a une incapacité à domestiquer ses désirs et ses pulsions. Il défiera tout ordre établi, méprisera tout ce qui représente l'ordre et l'autorité puis il recherchera du plaisir dans la transgression de l'interdit. Ce processus lui permet de chercher les frontières entre lui-même, les adultes et la société afin de connaître ses propres limites et de se connaître lui-même.

➤ **Phase d'affirmation du Moi [Fille: 13-16ans - Garçon: 15-17ans]**

Lors de cette phase, l'adolescent vit une période de revendication, il va chercher l'indépendance et la liberté. C'est à ce moment où les conflits des générations est éloquent puis où l'amitié devient prépondérante. L'adolescent va chercher à s'identifier à des tiers (groupes/bandes, star) afin de trouver ses valeurs et ses croyances personnelles pour être « le meilleur » pour la société. Ce processus d'idéalisation permettra à l'adolescent de s'identifier et de se recréer.

➤ **Phase d'insertion [Fille: 16-18 ans – Garçon : 18-20 ans]**

Suite à la consolidation des étapes précédentes, l'adolescent s'identifie à l'adulte de façon stable, avec moins d'idéalisation. Il réalise son indépendance affective et construit son indépendance économique. On l'accepte en tant que tel car il a acquis sa propre identité et il arrive à se passer de ses parents. A ce stade, il connaît ses capacités, il est indépendant et il est inséré dans la société.

Le tableau suivant démontre les étapes importantes de ces trois phases (Szynalski-Morel, 2013) :

	Début adolescence 10-13 ans	Milieu adolescence 14-16 ans	Fin adolescence 17-20 ans
<b>Signes physiques</b>	Apparition signes sexuel secondaire : pilosité, développement des seins, règles	Pilosité, moustache Développement musculaire, Changement voix, Croissance, 1 <sup>ère</sup> éjaculation	Stabilisation croissance, Signes physiques affirmés
<b>Développement intellectuel</b>  Pensée	Pensée concrète, Différentiation entre famille /soi, Distanciation modèle parents	Opposition avec les parents, Pensée concrète, Égocentrique, Identification aux pairs, Prend en compte l'avis de ses pairs, Capacité d'abstraction	Pensée abstraite, Pensée propre, Tâches complexes
<b>Autonomisation</b>  Image de soi Indépendance Intimité	Centré sur sa puberté, Rejet de la dépendance aux parents, Autre modèle (amis du même sexe, grande importance des amis)	Rendre son corps attractif, Conflits/opposition avec les parents, Distanciation avec les parents, Importance des amis	Acceptation de son corps, Relation plus stable avec les parents/tient compte de l'avis des parents, Relations de couple
<b>Identité</b>  Sexuée Morale et psychologique Vocationnelle	Besoin d'intimité physique, Souvent dans les extrêmes (contrôle pas ou peu ses impulsions), Développement d'idéaux	Comportements exploratoires, Recherche de limites, Grands projets, besoin de s'identifier à un héros, envie de faire de grandes choses, Projets de vie, Petits jobs, choix de profession	Orientation, identité sexuelle acquise, Acquisition de valeurs stables, intégration des lois, des limites, Choix d'une profession/formation, Réaliser un rêve

Cette crise transitoire vers l'âge adulte est influencée par la théorie de l'attachement de Bowlby qui impose une séparation entre le réel et le fantasmatique vis-à-vis des parents afin que l'adolescent acquière la capacité d'investir de nouveaux objets extrafamiliaux. En d'autres termes, les représentations des relations d'attachement qui ont été intériorisées au cours de l'enfance vont peser sur le processus d'autonomisation. D'après le « Développement psychologique à l'adolescence » rédigé par P. Bizouard (2006), ils rappellent les processus liés et contradictoires de séparation-individuation auxquels doit faire face le nourrisson à la fin de la 1<sup>ère</sup> année de sa vie, lorsqu'il entre progressivement en relation avec sa mère et acquiert une sécurité suffisante pour s'en séparer ; c'est pourquoi on parle à l'adolescence d'un 2<sup>ème</sup> processus de séparation-individuation. (Malher, 1980)

Pour conclure, l'adolescence est une période complexe d'exploration du monde, de découvertes des limites du corps et de l'esprit. Elle représente aussi la poursuite d'un chemin de développement individuel au sein d'un groupe de pairs ainsi, ce processus a pour but de croître vers un statut d'adulte stable et indépendant. Nous avons également vu que la capacité des adolescents à mesurer les conséquences des risques encourus n'est possible qu'à partir de 16 ans mais plutôt vers 17-18 ans. Ceci est donc un élément important à prendre en compte notamment lors des visites de santé avec les adolescents.

Selon Narring & Michaud (2003) :

« Des questions relatives aux transformations corporelles, à la morphologie sexuelle, aux phénomènes hormonaux, mais aussi à l'émergence de nouvelles pulsions, de découvertes de sensations et d'expériences. [L'adolescence], en effet, remet tout en cause et offre de nouvelles possibilités d'agir et de penser. »

## **3.2. Comportement à risque**

### **3.2.1. Définitions**

Nous établissons la consommation d'alcool et de cannabis comme étant des comportements à risque. Mais pour les cataloguer comme tels nous devons d'abord, expliquer ce qu'est un comportement un risque au sens étymologique et comment ils peuvent être définis. Nous verrons que leur sens est large et qu'il faut être capable de mettre des limites dans leur définition pour ne pas nous alarmer à chaque écart de conduite commis par un adolescent qui pourrait être alors mal interprété.

### **3.2.2. Sens de l'expression**

« La littérature scientifique utilise tantôt le terme de « comportements à risque », tantôt celui de « conduites à risque ». [...] ces synonymes sont employés indifféremment et seront définis comme des manières d'agir qui comportent une probabilité non négligeable de mettre en danger sa vie, sa santé ou celle d'autrui. » ( Bantuelle, Demeulmeester, 2008, p.16)

Pour commencer, il semble opportun de présenter la définition du « comportement à risque » telle qu'elle apparaît dans le Glossaire de la promotion de la santé édité par l'Organisation mondiale de la santé en 1999. Le comportement à risque y est défini comme un « comportement dont on a constaté qu'il est lié à une vulnérabilité accrue à l'égard [...] de certains problèmes de santé. On peut soutenir que presque tous les comportements ou toutes les activités d'un individu ont des effets sur son état de santé [...]. Une distinction est établie entre les comportements en matière de santé et les comportements à risque, qui sont des comportements liés à une vulnérabilité accrue à l'égard d'une cause déterminée de mauvaise santé. Les comportements en matière de santé et les comportements à risque sont souvent liés entre eux dans un ensemble plus complexe de comportements appelés "modes de vie". » (Bantuelle, Demeulemeester, p.37)

Ce qu'on entend donc ici, c'est qu'un comportement ou conduite à risque englobe le caractère inconscient ou non des conséquences sur la santé d'un acte commis par l'individu.

Cet ouvrage établit ensuite une liste selon des statistiques internationales des comportements à risque dits « dangereux » pour la santé de l'adolescent, les plus fréquemment rencontrés. Il est important de faire la différence entre les niveaux de comportements à risque.

Mais prendre des risques c'est aussi se couper, se séparer du connu, du cadre de sécurité dans lequel nous vivons, en se confrontant à un univers inconnu. [...] Se risquer, c'est s'aventurer, se hasarder. Mais le risque est aussi rattaché tant à la dangerosité de l'activité qu'aux conséquences négatives sur le sujet (perte d'argent, accident, etc.) [...]

Par ailleurs, il est d'usage courant de distinguer les risques à court terme (risque létal immédiat) des risques à long terme (risque létal différé) ...le risque à long terme ou risque différé rend compte du danger potentiel qui ne survient généralement que dans la répétition d'une activité. Ce type de risque se retrouve surtout dans les conduites de consommation de substances psychoactives.

...La prise de risque se définit comme la participation active de l'individu dans un comportement pouvant être dangereux. C'est le sujet lui-même qui choisit de rechercher le danger au travers de certains comportements, tant que celui-ci puisse être une réponse à certains de ses besoins. L'aspect motivationnel reste donc une dimension importante dans le décryptage des conduites à risques.

...L'une des difficultés majeures des conduites à risques est leur polymorphisme qui permet difficilement de les définir de façon univoque. » (Michel, Purper-Ouakil, Mouren-Simeoni, p.63)

L'article classe plusieurs comportements à risque dangereux mais pour les besoins de notre travail nous allons nous pencher uniquement sur l'un d'eux : L'usage de substance psychoactives licites ou illicites et plus spécifiquement sur la consommation d'alcool et de cannabis.

Effectivement, il faut bien faire la distinction entre ces trois modes de consommation, un adolescent qui consomme une fois pour essayer ferait presque parti du processus logique du développement de l'adolescence. Mais lorsqu'il y a abus il faut alors entreprendre des recherches sur les causes de ces prises exagérées qui peuvent nuire à la santé sur le court et long terme, et enfin le troisième type est l'abus qui mène à la dépendance mais nous verrons que ce phénomène est plus rare chez les jeunes gens.

### **3.2.3. En lien avec l'adolescence**

Tout être humain est confronté dès sa naissance à la nécessité de satisfaire deux besoins contradictoires mais appartenant au même processus : la recherche de sécurité et l'exploration de son environnement, exploration qui constitue elle-même une source de risque. Il s'agira alors pour tout sujet au cours de son développement



individuel de gérer au mieux ces deux besoins pour exister et trouver sa place en tant qu'individu.

...Aussi, l'adolescence – période de la vie où tous ces processus sont pleinement actifs – se caractérise comme un temps pour les défis, un âge où le sujet est le plus vulnérable à la prise de risque. Cette période transitionnelle donne lieu à l'expérimentation d'un grand nombre de comportements dont certains sont considérés comme dangereux pour la santé et le bien-être.

...On peut supposer que la prise de risque, appréhendée comme conduite sociale (établissant une identité pour le sujet), serait pour certains jeunes une voie effective pour gagner l'indépendance vis-à-vis du contrôle parental. » (Michel, Purper-Ouakil, Mouren-Simeoni, p.64)

### **3.2.4. Conclusion**

L'adolescence est une période fragile dans la vie de chaque individu, identification de soi, recherche des limites, sans arrêt influencée par des modèles (délétères ou bénéfiques). Pour tester ces limites il faut connaître ce qu'elles renferment. La consommation de substance psychoactive est une limite imposée par la loi et les parents et non pas le jeune lui-même. L'adolescent peut vouloir les tester dans la majorité des cas pour s'en assurer lui-même.

Si certains peuvent s'arrêter à la simple curiosité d'autres y prendront goût car ils se rendent compte que cela les soulage, leur permet d'oublier certains tracas de la vie que ce soit à l'école, dans le cercle d'amis, dans la famille ou simplement pour couvrir un mal être... Le problème est malheureusement là. Il ne concerne pas le comportement risque en lui-même mais la répétition de celui-ci dans le but de toujours aller plus loin parce que l'adolescent n'arrive pas à établir cette limite. Cela l'amène alors à adopter une conduite à risque.

La conduite à risque est dite à risque dans ce contexte par manque d'identification, par l'adolescent, des conséquences que ses actes peuvent engendrer. Et ce manque d'identification est justifié par manque de « méfaits connus » en comparaison avec les « bienfaits » que les jeunes peuvent ressentir en consommant ces substances. C'est pour cela qu'il est difficile de définir un véritable comportement à risque, dit dangereux pour la santé sans prendre en compte tout le contexte de l'adolescent et la fréquence de cette consommation ainsi que ses motifs.

### **3.3. Alcool, Cannabis**

#### **3.3.1. Alcool**

Nous allons commencer par aborder la problématique de l'alcool, sujet d'actualité toujours aussi controversé. A travers ce cadre théorique, nous allons essayer de mettre en avant les motifs des consommations abusives chez les adolescents et démontrer quelques chiffres et statistiques datant de 2010 en Suisse tirés du site « Infoaddictionsuisse ».

A travers ce chapitre nous allons différencier les modes de consommation et analyser les répercussions de la prise abusive d'alcool en fonction des données rapportées par ce même site.

L'alcool est une substance licite en Suisse et dans la majorité des pays actuellement, pris pendant les repas, en apéritif, lors de fêtes ou comme automédication pour palier à des problèmes externes ou internes (ex : oublier ses soucis, être moins inhibé etc.), il est présent presque partout et pratiquement accessible à tous même si des lois en régissent l'achat et la consommation. Finalement l'alcool est aussi perçu comme un facteur d'intégration sociale.

##### **3.3.1.1. Définitions**

De mémoire d'homme, l'alcool a toujours été utilisé comme produit alimentaire, thérapeutique, d'agrément et comme stupéfiant. La bière, le vin et les alcools distillés dans nos contrées, le lait de jument fermenté ou encore l'alcool de cactus ailleurs étaient et sont des biens culturels et de consommation revêtant une importance symbolique et économique. (Infoaddictionsuisse.ch, alcool, 2013)

En chimie, l'alcool pur est appelé éthanol. Il provient de la transformation du sucre en alcool par les levures. Nous pouvons distinguer l'alcool produit par fermentation tel que le vin, la bière, le cidre. Ce type d'alcool ne peut pas être vendu aux jeunes de moins de 16 ans et l'alcool produit par distillation tel que la vodka, la tequila, le whisky etc. qui ne peut pas être vendu aux jeunes de moins de 18 ans. (Carrère d'Encausse, 2011).

##### **3.3.1.2. Répercussions somatiques de l'alcool chez l'adolescent**

Selon Carrère d'Encausse, médecin et journaliste (2011) :

L'alcoolémie est le taux d'alcool présent dans le sang. Classiquement, quand on parle de 0,5 ou 1, il s'agit de grammes d'alcool par litres de sang.

Pour calculer son alcoolémie, c'est simple, il existe une formule :

$$\text{Alcoolémie} = \frac{\text{alcool pur ingéré (en grammes)}}{\text{poids de la personne en (kg)} \times K}$$

K est le coefficient de diffusion, il est égal à 0.7 si vous êtes un homme et 0.6 si vous êtes une femme.

Il y a plusieurs facteurs qui influent sur l'alcoolémie. En effet il a été prouvé que l'alcoolémie augmente plus rapidement chez les filles que chez les garçons. Ce phénomène est expliqué par le fait que la femme a plus de tissu adipeux et moins de masse musculaire. Voici l'explication de Carrère d'Encausse (2011) :

La masse musculaire est plus riche en eau que la graisse ; on estime que l'organisme de l'homme est composé d'environ 60 à 65% d'eau. Comme l'alcool se dissout dans l'eau de l'organisme, à poids égal et à consommation égale, l'alcool sera plus concentré dans le sang de la femme, lui donnant une alcoolémie plus élevée[...] (p.68).

Chaque individu réagit différemment à l'alcool. Assurément, l'effet de l'alcool sur un individu va être différent en fonction de son sexe, son poids ou son âge. Chez les adolescents les enzymes contribuant à l'élimination de l'alcool par le foie sont présentes en plus petite quantité que chez l'adulte. Leur foie n'est donc pas assez mature et ils sont de ce fait plus vulnérables face à l'alcool, le cerveau est également en développement, ce sont des facteurs à prendre en compte pour comprendre le phénomène qui fait que les adolescents arrivent plus vite au stade de l'intoxication.

### **3.3.1.3. Consommation**

Le site « Info addiction Suisse » définit très bien les différents types de consommation de tout produit licite ou illicite basé sur des études quantitatives et qualitatives menées dans des institutions en Suisse. Il est démontré qu'il existe différents styles de consommation valable pour l'alcool et le cannabis :

« On distingue différents "stades" de consommation ou différentes relations que l'on peut entretenir avec un produit »

Afin que l'on puisse se rendre compte à quel niveau de consommation se trouve un individu :

#### L'Abstinence

On n'essaie pas la substance et il y'a donc absence de consommation.

#### L'expérimentation

On essaie un produit par curiosité, à la recherche de nouvelles expériences, de plaisirs, pour s'adapter à la norme du groupe ou sous la pression du groupe de pairs. "Beaucoup de mes amis me disent qu'après avoir fumé un joint on se sent mieux et que d'essayer juste une fois ne nuirait pas à ma santé."

#### L'usage récréatif ou occasionnel

On consomme par recherche de plaisir, de convivialité, de sensation d'ivresse. "Je fume des joints de temps en temps." "Je bois mon verre de vin en mangeant et de temps à autre une bière."

#### L'usage intensif ou abusif

Les motifs souvent évoqués par ce type d'usage sont l'ennui, l'oubli, la fuite de la réalité, ils peuvent être caractéristiques de problématiques. "Quand je sors le soir, j'ai besoin de trois à quatre bières pour me détresser." "Tous les week-ends, je me pète aux joints pour oublier mes soucis."

#### La Dépendance

Il s'agit de la perte de la maîtrise de la consommation. La personne dépendante abandonne souvent des sources d'intérêt au profit des substances; outre la dépendance psychique, une dépendance physique peut s'installer, selon les produits. "Je ne peux plus me passer de cannabis." "Si je ne bois pas d'alcool, je commence à trembler."

« La consommation est régulière et occasionnelle. Peu d'adolescents sont dépendants de l'alcool. La consommation en famille est rare. Les consommations de week-end sont plus fréquentes. » (Laqueille, Benyamina, Kanit et Dervaux, 2003, p.322).

Selon les mêmes auteurs (2003) : « Le mode addictif avec dépendance est plus rare. L'alcool reste, cependant, toujours au centre des polyconsommations de l'adolescent. La triade alcool—cannabis—tabac est l'association la plus fréquente des polyaddictions de l'adolescent. » (p.322).

Il est donc raisonnable de penser que la dépendance à l'alcool chez un adolescent est rare. Ce qui au contraire se retrouve plus facilement et qui pose souci chez les adolescents (11-15 ans) est l'usage intensif ou abusif d'une substance pour les mêmes raisons citées plus haut, l'ignorance des risques encourus.

#### **3.3.1.4. Motifs de consommation**

L'abus de substance, spécialement l'alcool font partie des conduites à risques en lien avec le développement de l'adolescence. C'est un cap qui ne se passe souvent pas dans la modération mais plus dans l'excès. C'est un moyen pour les adolescents de faire face aux questionnements liés à des problèmes d'identités, très fréquents durant cette période ou de s'évader de la réalité pour ne pas se confronter à celle-ci qui peut leur être difficile dans cette tranche d'âge. La recherche de soi mais aussi l'influence des pairs peuvent entraîner

l'adolescent à agir pour se trouver ou s'intégrer. Il s'agit aussi d'un moyen de défier l'autorité parentale souvent remise en cause pendant cette période. Mais il ne faut pas oublier que certains adolescents boivent parce qu'ils présentent un véritable mal-être.

Selon une étude menée en Suisse :

La plupart des écoliers et écolières de 15 ans qui ont bu de l'alcool au moins une fois durant les 12 derniers mois le faisaient pour des raisons sociales, par exemple pour mieux apprécier une fête, ou parce que ça devenait plus drôle après lorsque ils étaient avec les autres. On constate aussi que beaucoup de jeunes boivent de l'alcool dans l'intention d'accentuer certaines sensations.

Parmi les motifs dits de renforcement on trouve notamment: "simplement parce que cela m'amuse" ou "parce que j'aime la sensation que cela procure".

En comparaison, les élèves qui consomment de l'alcool pour se remonter le moral, pour oublier des problèmes ou parce que cela les aide lorsqu'ils se sentent déprimés ou nerveux, sont proportionnellement moins nombreux. Ce type de motifs est plus souvent cité par les filles que par les garçons, tandis que les garçons citent plus souvent des raisons sociales que les filles.

Enfin, les motifs de conformité tels que l'appréciation par les autres ou pour faire partie d'un certain groupe sont rarement évoqués. (Windlin, Delgrande, Kuntsche, 2011). (inonaddictionsuisse, 2013).

Une étude basée en Suisse en 2010 sur des adolescents de 15 ans a établi un tableau des raisons invoquées pour cette conduite sur Infoaddictionsuisse.

<b>Motifs de boire</b> de l'alcool invoqués par les écolières et écoliers de 15 ans en 2010		
<small>Source: Windlin, B., Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E. (2011). <i>Konsum psychoaktiver Substanzen Jugendlicher in der Schweiz – Zeitliche Entwicklungen und aktueller Stand</i>. Lausanne: Addiction Info Suisse.</small>		
	<b>Garçons</b> n(min.)= 623 n(max.)= 640 (%)	<b>Filles</b> n(min.)= 634 n(max.)= 648 (%)
... pour mieux apprécier une fête	77	75
... simplement parce que cela m'amuse	73	72
... parce que c'est plus drôle lorsque je suis avec les autres	71	64
... parce que j'aime la sensation que cela procure	63	55
... pour que les fêtes soient plus réussies	62	55
... pour être soûl-e	49	35
... pour me réconforter lorsque je suis de mauvaise humeur	34	37
... parce que cela m'aide lorsque je suis déprimé-e ou nerveux/se	29	33
... pour oublier mes problèmes	25	29
... pour ne pas me sentir exclu-e	13	11
... parce que j'aimerais faire partie d'un certain groupe	14	8
... pour être apprécié-e par les autres	12	7

Remarque: Plusieurs réponses étaient possibles. Seuls sont pris en considération les jeunes de 15 ans qui ont consommé de l'alcool dans les 12 mois précédant l'enquête.

Ce même site établit une évaluation des niveaux de risques par rapport aux styles de consommations citées plus haut et leur fréquence :

On établit généralement une distinction entre consommation à faible risque, consommation problématique et consommation addictive. On considère une consommation comme impliquant peu de risques lorsque la personne boit modérément et de façon adaptée à la situation. Des facteurs tels que l'âge, le sexe, la quantité d'alcool et le contexte de la consommation jouent un rôle important à cet égard.

La limite entre une consommation d'alcool raisonnable et une consommation risquée n'est pas facile à établir. Selon les critères de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), une consommation journalière moyenne de plus de 20 grammes d'alcool pur pour les femmes (2 verres standards) et de plus de 40 grammes pour les hommes (4 verres standards) augmente significativement les risques pour la santé.

« Si on considère les verres habituellement servis dans les bars, on estime que pour toutes les boissons courantes chaque verre contient environ la même quantité d'alcool pur, soit de 10 à 13 grammes. On parle de verre standard, ou d'unité d'alcool (ua).

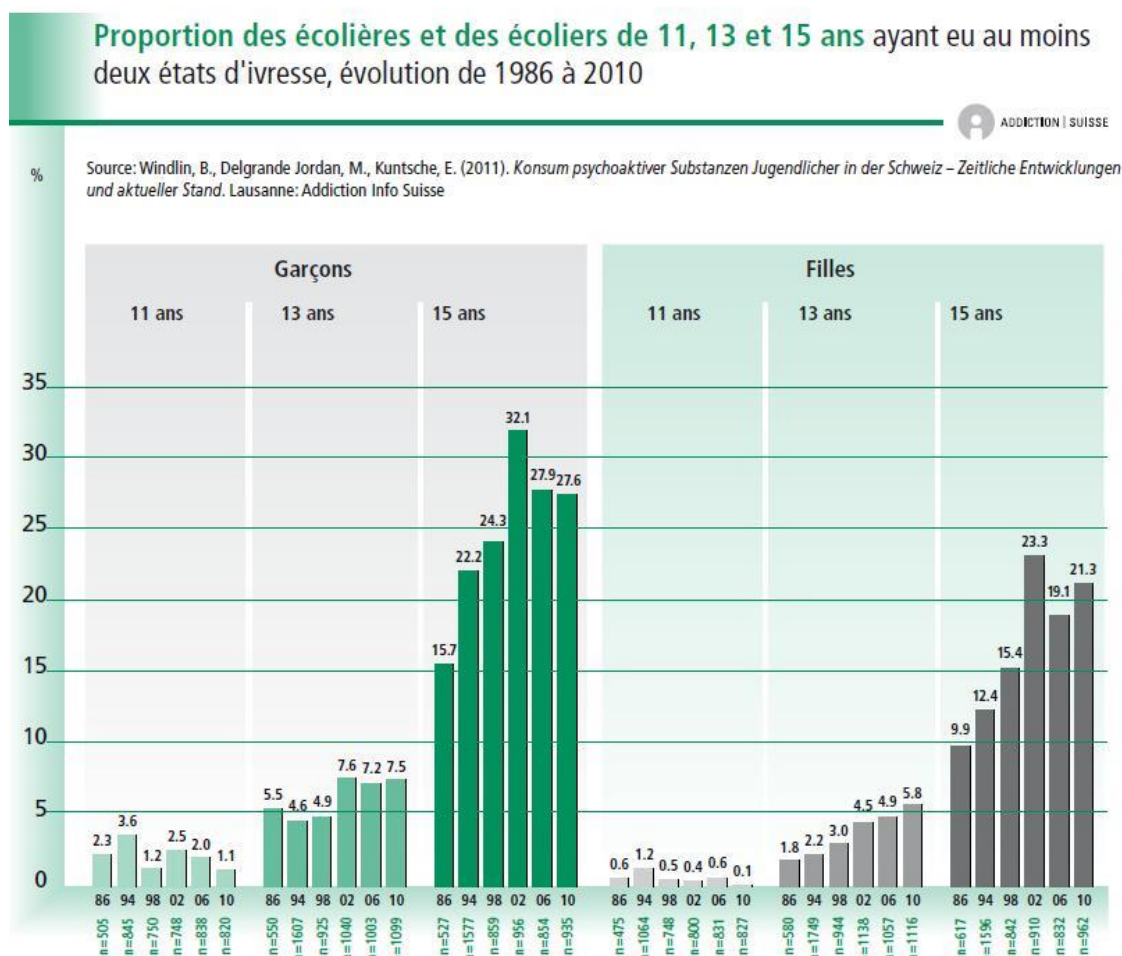
10 grammes d'alcool pur, c'est donc :

- 25 cl de bière ou cidre à 6 degré
- 12,5 cl de vin ou champagne à 11 degré
- 2 cl de pastis ou digestif à 45 degré
- 3 cl de whisky à 40 degré
- 6 cl d'apéritif à 20 degré » (stop-alcool.ch, 2011)

#### **3.3.1.5. Epidémiologie**

« Trois enquêtes européennes et/ou françaises servent de référence : Health Behaviour among School Children (HBSC), European School Project on alcohol and other drugs (Espad), Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel à la défense (Escapad). L'âge moyen de la première consommation est de 12,9 ans chez le garçon et de 12,3 ans chez la fille. L'âge de la première ivresse est d'un an supérieur. » (Laqueille, Benyamina, Kanit, Dervaux, 2003, p.322)

Voici quelques graphiques<sup>3</sup> représentatifs établis en 2010 tirés du site « infoaddiction.ch » :



Ce graphique illustre la proportion d'adolescents à des âges définis qui ont eu au moins 2 ivresses liées à l'alcool dans l'année écoulée (selon l'année, à respectivement 11, 13 et 15 ans). On peut voir ici qu'il y a eu un pic de consommation en 2002 qui a légèrement baissé en 2010. On constate tout de même une évolution flagrante depuis 1986 pour les adolescents âgés de 15 ans ce qui sous-entend que la consommation a évolué en 14 ans (jusqu'en 2002).

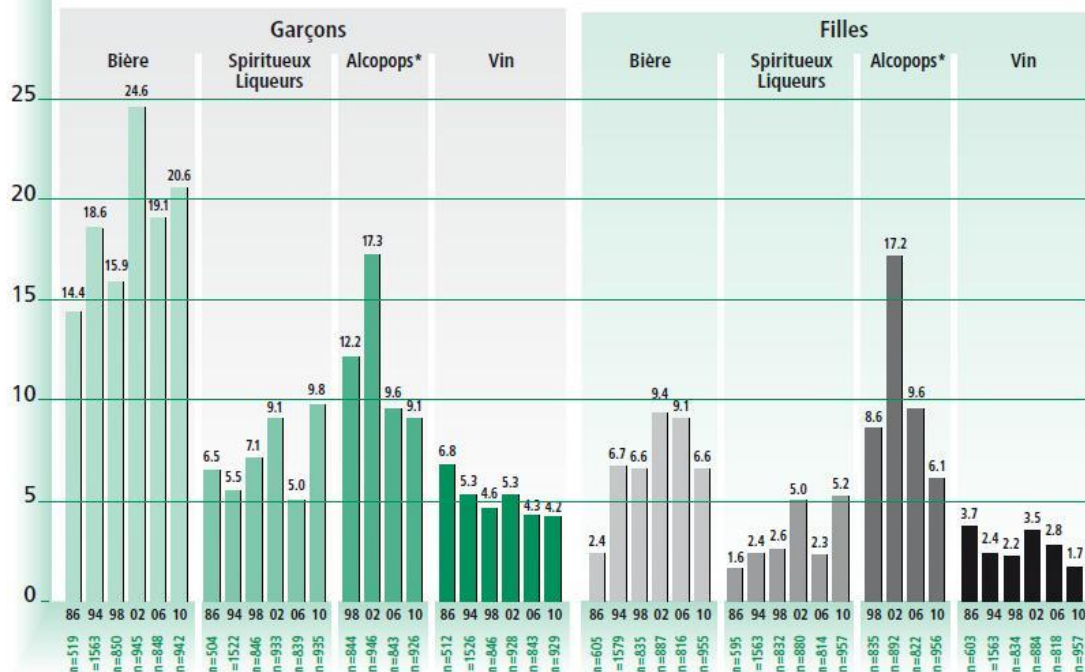
<sup>3</sup> Tous les tableaux et graphiques présentés sont tirés du site « infoaddiction.ch » datant de 2010 et mis à jour en 2012.



### Proportion des écolières et des écoliers de 15 ans ayant une consommation hebdomadaire d'alcool (au moins une fois par semaine) par type de boisson consommée, évolution de 1986 à 2010



Source: Windlin, B., Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E. (2011). *Konsum psychoaktiver Substanzen Jugendlicher in der Schweiz – Zeitliche Entwicklungen und aktueller Stand*. Lausanne: Addiction Info Suisse.



\*Données recueillies depuis 1998 seulement

#### 3.3.1.6. Complications liées à l'abus d'alcool

Carrère d'Encausse résume les différents effets de l'alcool sur l'organisme selon la quantité consommée.

« Les effets de l'alcool varient avec la quantité consommée, plus on boit, plus le taux d'alcool dans le sang augmente et plus les effets délétères apparaissent. Ce taux augmente forcément mais pas de la même façon chez tous. » (2011, p.68).

C'est sans surprises qu'on apprend que plus la consommation augmente et plus, les effets seront délétères sur l'organisme, du moins pendant la consommation (sur le court terme).

Jusqu'à 0.5 gramme (d'alcool dans le sang), l'alcool a un effet stimulant ; Il désinhibe, procure un sentiment de confiance en soi et facilite le contact.

De 1 à 2 grammes, l'alcool provoque une euphorie qui peut aller jusqu'à l'ivresse. La désinhibition est forte et peut entraîner des comportements violents, agressifs ou imprudents, on y reviendra. Il perturbe les perceptions, diminue les réflexes et la concentration.

Au-delà de 3 grammes, l'alcool induit des oublis, une perte de contrôle de soi (perte d'équilibre, difficultés d'élocution, confusion). Il peut aussi provoquer une hypoglycémie et une hypothermie. Contrairement à l'idée communément admise, l'alcool ne réchauffe pas (même si on en a le sentiment immédiat) mais refroidit l'organisme. Et le risque immédiat d'une hypothermie, mais aussi des troubles de l'équilibre, c'est la perte de connaissance, à l'origine de chutes et donc de traumatismes.

Après 4 grammes, le risque, c'est le coma, qui peut être mortel, Il peut survenir pour des alcoolémies plus basses, notamment chez les jeunes filles, surtout quand l'alcool est consommé rapidement. (Carrère d'Encausse, 2011, p.68).

Ces symptômes empirent proportionnellement à l'alcoolémie qui augmente, il est facile de croire qu'ils induisent la mise en danger de l'individu dans son comportement.

« Les conséquences de ces alcoolisations sont dramatiques : décès au cours d'accidents, lésions graves consécutives aux traumatismes, agressions sexuelles. » (Laqueille, Benyamina, Kanit, Dervaux, 2003, p.322).

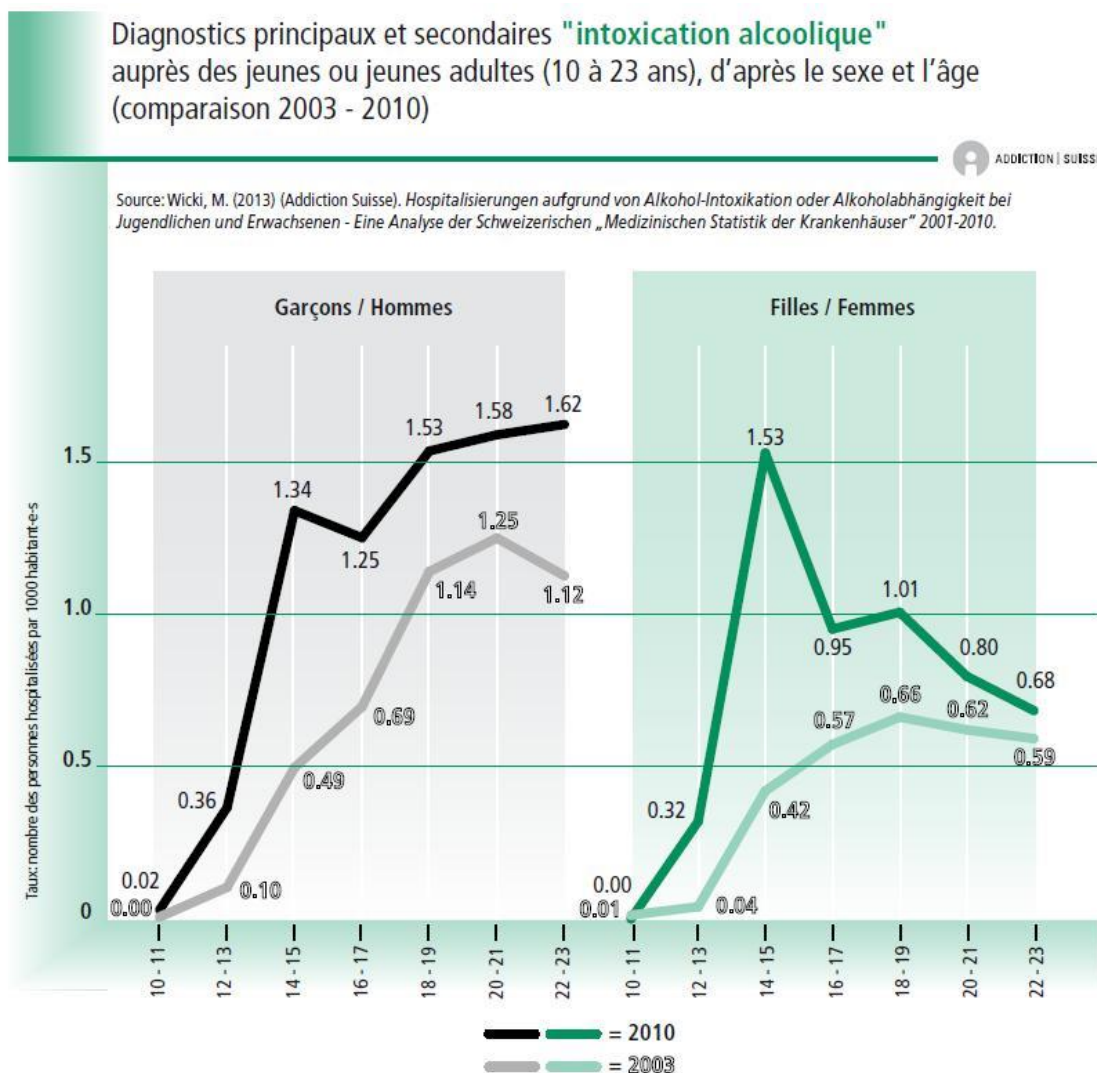
Le site Info-addiction a relevé les statistiques d'hospitalisation et expose les résultats suivant pour l'année 2010 en Suisse (Wicki, 2012) :

Les chiffres ne montrent pas la problématique dans toute son envergure, car cette étude se base uniquement sur les cas des jeunes hospitalisés. Ainsi, les personnes ivres ramenées à la maison par la police, les traitements pour ivresse par les médecins généralistes, ou les traitements semi-stationnaires ou ambulatoires dans les hôpitaux ne sont pas pris en considération.

Rappelons également la dépendance chez l'adolescent entre 12 et 15 ans est rare donc nous ne nous attarderons pas sur ce sujet mais il faut garder en tête que cette maladie existe et qu'elle peut rester une des conséquences de la prise abusive d'alcool.

On voit d'après le tableau suivant qu'il y a un pic d'intoxication alcoolique auprès des adolescents de 14 à 15 ans autant chez les filles que chez les garçons en 2010, néanmoins les filles semblent être plus sujettes à ces intoxications dans la même tranche d'âge. Cela pourrait être expliqué par des raisons physiologiques citées plus haut (p.2). Tandis que la tendance diminue passé cet âge chez les filles, elle augmente progressivement chez les jeunes hommes après 17 ans en 2010.

En comparaison on peut constater qu'en 2003 ces intoxications étaient beaucoup moins fréquentes au même âge (15 ans). La courbe a tendance à augmenter vers 17-18 ans mais diminue au-delà.



En conclusion, on peut donc déduire que le taux d'hospitalisation pour intoxication alcoolique a largement augmenté depuis 10 ans et que les jeunes adultes auraient stoppé leur consommation avant le coma éthylique en 2003 contre ceux de 2010 dont les hospitalisations augmentent avec l'âge. Lors de ces hospitalisations pour intoxication alcoolique on retrouve également les hospitalisations liées aux conséquences de celles-ci, tels que les accidents de la route ou autre (par exemple : sauter d'une certaine hauteur sans évaluer la dangerosité) ou les atteintes somatiques.

« Les conséquences immédiates sont les prolongements des conséquences de l'ivresse. L'alcool est présent dans 30 à 50 % des accidents mortels de l'adolescent et des jeunes adultes. » (Laqueille, Benyamina, Kanit, Dervaux, 2003, p.322).

Et selon Beauverd :

« L'alcool est la plus destructrice de toutes les substances psychotropes [...] L'alcool affecte pratiquement chaque organe ou système tissulaire dans le corps, soit directement, soit indirectement. » (dia.3 et 6)

On peut donc faire le lien avec le développement de l'adolescence dans cette prise de risque inconsidérée. A travers ces intoxications alcooliques et ces états d'ivresses conséquents, c'est une manière pour l'adolescent de tester ses limites jusqu'à quelle quantité d'alcool il peut tenir ou encore « défier » son entourage en cherchant à surpasser l'autre dans des épreuves dangereuses (sauts, voitures, etc.). La recherche de la désinhibition pour dépasser des limites qu'il n'oserait pas franchir en temps normal.

Nous allons citer les manifestations cliniques lors d'intoxication éthylique aiguë décrites sur le site « soins-infirmiers.com ». Des observations qui peuvent être prises en compte dans l'évaluation de la prise de substance chez les adolescents par les infirmières scolaires.

### **3.3.1.7. Manifestations cliniques**

•Phase d'excitation psychomotrice : Euphorie / Logorrhée / Humeur variable

Il s'agit pour la plupart des symptômes des effets recherchés par l'adolescent, surtout ceux en lien avec la désinhibition.

•Phase ataxique :

- Trouble de l'équilibre.
- Ataxie : mauvaise coordination des mouvements volontaires entraînant la perte d'équilibre / Somnolence / regard vague.
- Syndrome cérébelleux aigu : hypotonie, ataxie cérébelleuse (troubles de la station debout et de la marche), dysarthrie.
- Confusion, désorientation / Vertiges.

•Phase de coma :

Mydriase / Abolition des réflexes et de la sensibilité / Hypotension artérielle / Hypothermie / Hypoventilation / risque d'encombrement (soins-infirmiers.com, 2008)

« C'est un accident dramatique malheureusement assez fréquent et n'a rien de banal car il peut être mortel pour plusieurs raisons :

Tout d'abord par hypothermie car l'alcool dilate sur son passage les vaisseaux sanguins de l'œsophage et de l'estomac, si une personne fait un coma en hiver dans la rue, la mort peut survenir. Lors d'un coma les fonctions « de régulation » comme la respiration, la tension artérielle et la circulation sont également altérées. Une personne peut aussi mourir par étouffement car le coma entraîne un relâchement

musculaire. Ce relâchement altère aussi le phénomène de déglutition, il y a donc un risque que la personne vomisse, [et qu'il se passe] une broncho-aspiration. » (Carrère d'Encausse, 2011, p.68).

Lors d'un coma éthylique, le risque de mort est présent.

### **3.3.1.8. Lois fédérale en vigueur en Suisse pour l'alcool**

Nous allons citer des articles de lois en vigueur en Suisse sur l'achat et la consommation d'alcool.

#### En général:

Ciblé pour les moins de 18 ans :

Chapitre 2 Publicité et remise aux consommateurs

Section 1 Publicité

**Art. 4** Publicité pour les autres boissons alcooliques :

La publicité pour les autres boissons alcooliques ne doit pas inciter les personnes de moins de 18 ans à consommer des boissons alcooliques ni représenter des personnes de moins de 18 ans en train de boire ou incitant à boire.

2) La publicité pour les autres boissons alcooliques est interdite:

Sur les objets usuels qui sont destinés principalement aux personnes de moins de 18 ans;

b. dans les journaux, magazines ou autres publications ainsi que dans les médias et les supports médiatiques qui s'adressent principalement aux personnes de moins de 18 ans;

c. dans les lieux fréquentés principalement par des personnes de moins de 18 ans ainsi que lors de manifestations auxquelles participent surtout des personnes de moins de 18 ans.

**Art. 8** Restrictions concernant la remise de boissons alcooliques dans le commerce de détail

1 La remise de boissons spiritueuses à des enfants et à des adolescents âgés de moins de 18 ans est interdite, de même que la remise d'autres boissons alcooliques à des enfants et à des adolescents âgés de moins de 16 ans.

Loi<sup>4</sup> sur la vente à l'emporter des boissons alcooliques (LVEBA) | 2 24 du 22 janvier 2004

#### Art. 4 Interdiction

1 La vente de boissons distillées et fermentées est formellement interdite :

a) dans les stations-service et les magasins accessoires à celles-ci;

b) dans les commerces de vente et de location de cassettes vidéo.

2 La vente de boissons distillées à des mineurs est strictement interdite (art. 41, al. 1, lettre i, de la loi fédérale sur l'alcool).

3 La vente de boissons fermentées à des mineurs de moins de 16 ans est strictement interdite (art. 37a de l'ordonnance fédérale sur les denrées alimentaires).([http://www.ge.ch/legislation/rsg/f/rsg\\_i2\\_24.html](http://www.ge.ch/legislation/rsg/f/rsg_i2_24.html))

L'alcool est une substance licite et dont la consommation est illégale chez les adolescents âgés de moins de 16ans.

---

<sup>4</sup> Source : ISPA (<http://www.admin.ch/ch/f/rs/c680.html>) Les autorités fédérales de la consommation Suisse

### **3.3.2. Cannabis**

#### **3.3.2.1. Définition**

Le cannabis est une substance psychoactive illicite en Suisse. Chez les adolescents on peut constater que la consommation issue de la plante de chanvre a évolué chez les jeunes et qu'elle est de plus en plus précoce.

« Le cannabis est la plus consommée des drogues illicites. Ce phénomène est perceptible chez les jeunes depuis une quarantaine d'années, notamment dans les pays occidentaux. Les études européennes montrent un accroissement de sa consommation depuis 10 ans ». (Laqueille , Benyamina , Kanit et Dervaux, 2003).

Le cannabis est le nom botanique du chanvre. En Suisse, la variété la plus répandue est le cannabis sativa, utilisé pour ses vertus psychoactives. Les parties suivantes de la plante sont utilisées:

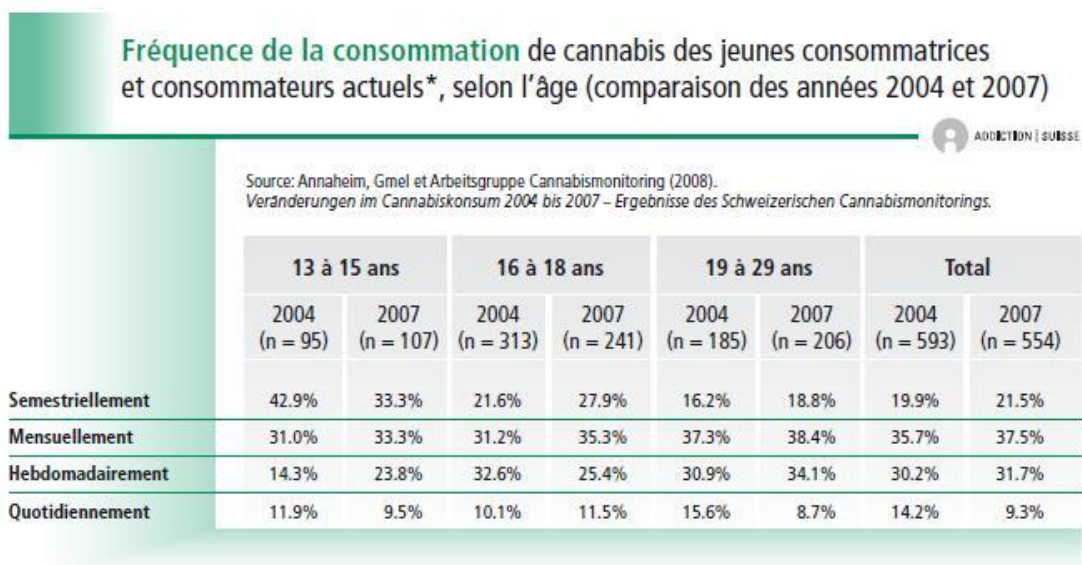
- la marijuana (feuilles, sommités florales)
- le haschisch (résine sécrétée par les inflorescences, mélangée à des parties de la plante)
- l'huile de haschisch (liquide visqueux obtenu à partir d'un solvant).

Le cannabis contient de l'ordre de 400 composants, dont 60 cannabinoïdes. Le principal composant psychoactif est le delta-9 tétrahydrocannabinol (THC).

Le cannabis est la drogue illégale dont l'usage est le plus répandu en Suisse. En 2007, environ un cinquième de la population suisse âgée de 15 ans et plus a consommé au moins une fois du cannabis au cours de sa vie (prévalence à vie). (infoaddictionsuisse, ISPA, 2009).

Ce qui nous intéresse le plus sont les chiffres sur la consommation de cannabis auprès des adolescents entre 13 et 15 ans. C'est pour cela que nous avons utilisé un tableau tiré du site infoaddiction suisse pour représenter le taux de consommation des jeunes entre 13 et 29 ans, des chiffres qui nous permettent de voir que les adolescents entre 13 et 15 ans fument autant voir plus que leurs aînés en 2004 et 2007 des chiffres qui peuvent être alarmants.

Analyse de la fréquence de consommation tirée du site d'info addiction Suisse :



\* Sont définis ici comme des personnes ayant consommé au moins une fois du cannabis durant les six mois précédant l'enquête.

Nous constatons à travers ce tableau que la consommation quotidienne chez les adolescents âgés de 13 à 15 ans est généralement plus élevée ou la même que les autres tranches d'âges.

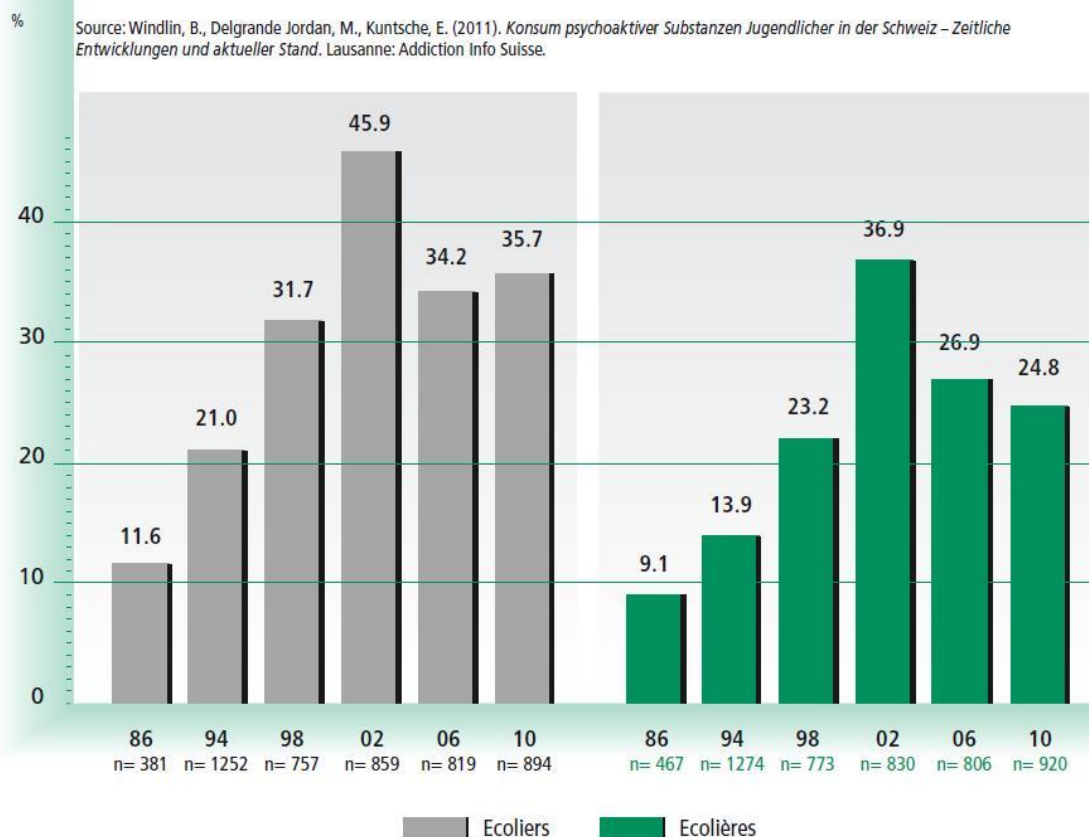
### 3.3.2.2. Consommation de cannabis chez les jeunes

Il ne faut évidemment pas oublier les abstinents de la même tranche d'âge qui restent majoritaire.

« La grande majorité des jeunes de 15 ans n'ont jamais consommé du cannabis dans leur vie: c'est le cas pour deux tiers des garçons et pour trois quarts des filles. » (Windlin, Delgrande, Kuntsche, 2011).

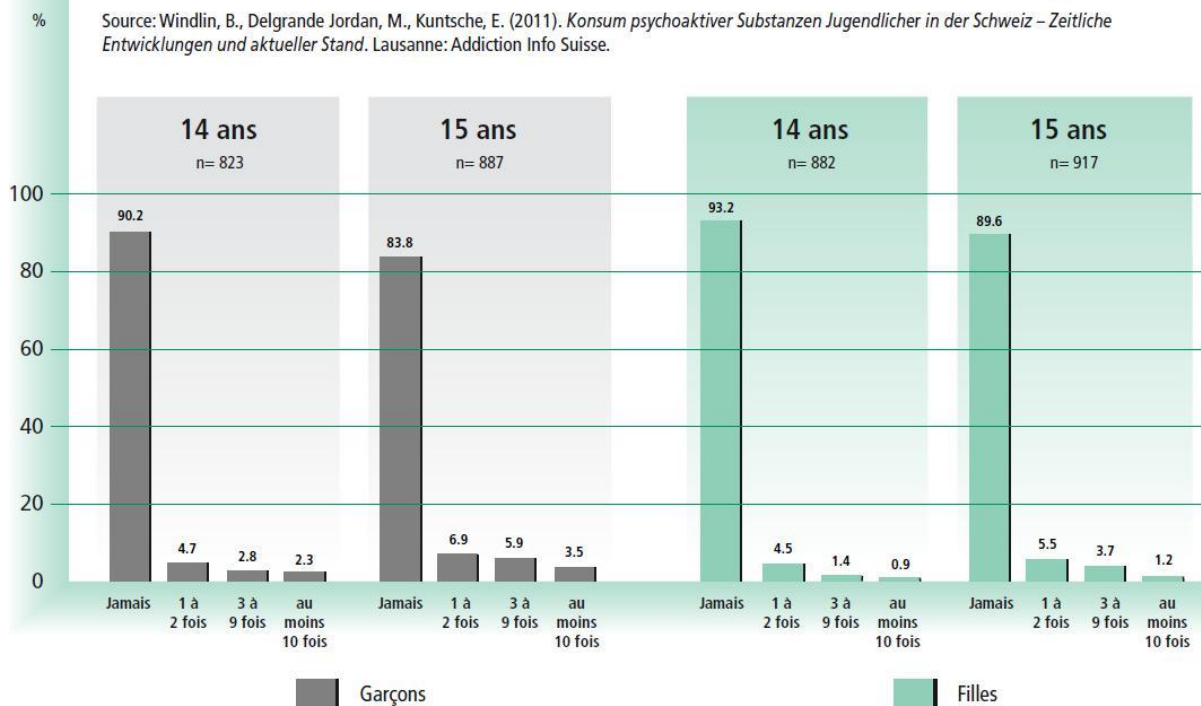


## Consommation de cannabis (au moins une fois dans la vie) chez les écolières et les écoliers de 15 ans, évolution de 1986 à 2010



Nous constatons d'après ce graphique d'une manière générale que les garçons de 15 ans sont de plus grands consommateurs que les filles du même âge. Depuis 1986, la consommation évolue de façon progressive et régulière tous les 4 ans. Ensuite, nous observons un pic de consommation en 2002 qui diminue les quatre années suivantes pour se stabiliser légèrement et même augmenter chez les garçons en 2010.

## Fréquence de la consommation de cannabis durant les 30 derniers jours précédant l'enquête, selon l'âge et le sexe (2010)



Ce graphique concerne des adolescents de 14 et 15 ans uniquement. Ici encore nous constatons que les abstinentes sont en grande majorité.

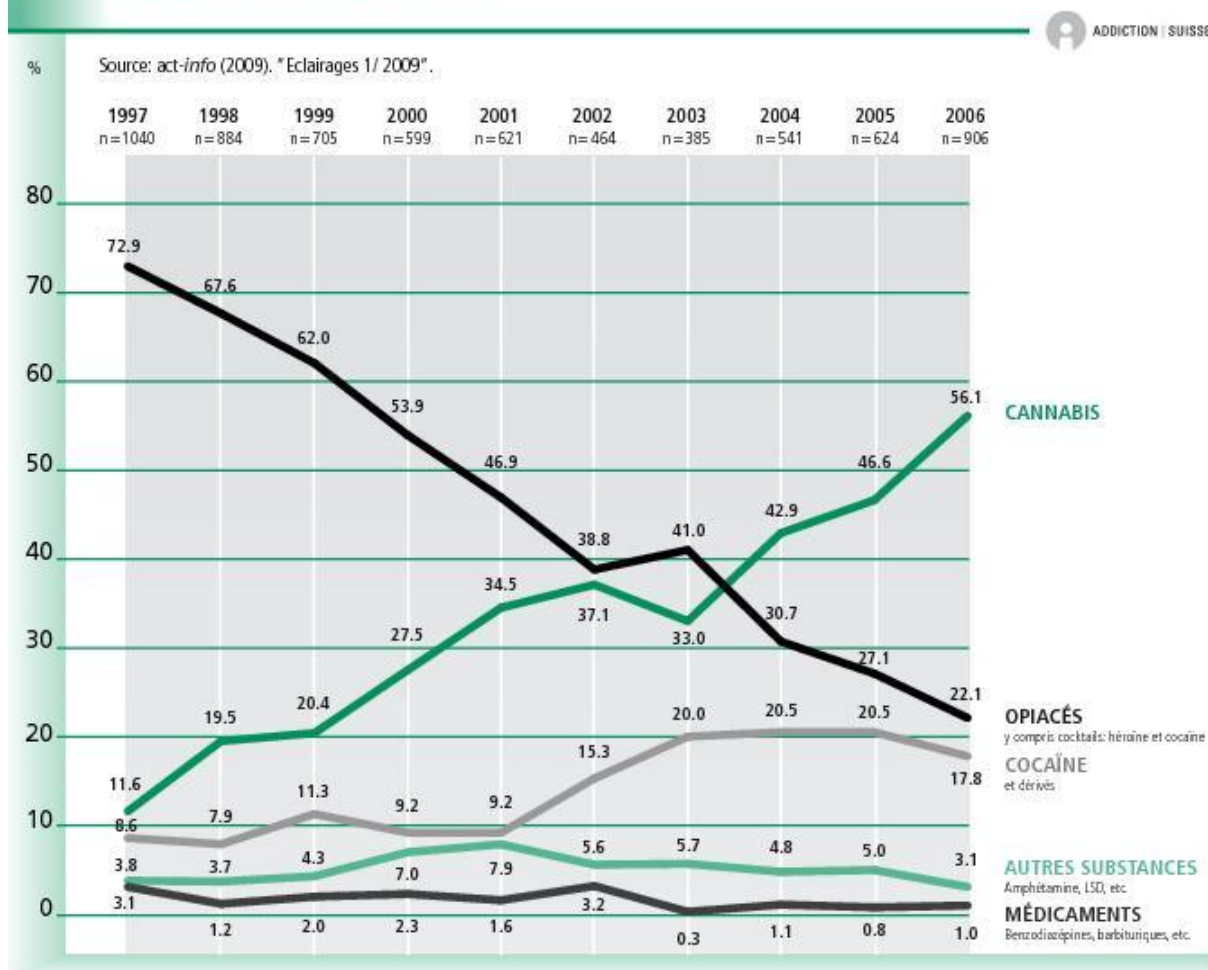
### 3.3.2.3. Tendance de consommation auprès d'une jeune clientèle

Le site info addiction Suisse donne des chiffres concernant la raison de consultation des jeunes de moins de 25 ans consommant des drogues et des médicaments. Nous remarquons que le cannabis a largement pris le dessus depuis 1997.

Voici un graphique<sup>5</sup> à nouveau tiré du site info Suisse qui illustre cette tendance :

<sup>5</sup> Source: act-info (2009). "Eclairages 1/ 2009". (infoaddiction.ch, 2012)

## Principales substances posant problème (drogues illégales et médicaments) à l'entrée dans une consultation ambulatoire ou dans une institution résidentielle auprès des client(e)s de moins de 25 ans (évolution de 1997 à 2006)



La somme des pourcents peut varier du 100% à cause d'arrondis vers le haut/le bas).

Remarque:

Les données se basent sur les statistiques SAMBAD (Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue) et act-info-FOS (Statistique de la Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie).

Nous observons clairement que le tracé du cannabis a significativement augmenté en 10 ans jusqu'en 2006 dans les substances posant problème auprès des moins de 25 ans.

### 3.3.2.4. Motifs de consommation du cannabis

Toujours auprès des adolescents de 15 ans, une étude proposée par infoaddiction.ch a recensé les principales motivations des jeunes à consommer du cannabis.

On se réfère souvent aux adolescents de 15 ans car ils font partis du milieu de l'adolescence (14-16 ans) qui est, selon leur développement le stade le plus fragile et donc le plus apte à avoir des comportements à risque. Dans la consommation de cannabis et dans les motifs évoqués parmi les jeunes de cette tranche d'âge on retrouve la notion de comportements exploratoires et d'identification aux pairs.

La plupart des écolières et écoliers de 15 ans qui ont consommé du cannabis au moins une fois durant les 12 derniers mois l'ont fait pour des raisons sociales et de renforcement. Parmi les motifs, les jeunes disaient notamment consommer du cannabis parce que cela les amusait ou alors parce que ça devenait plus drôle lorsque ils étaient avec les autres.

En comparaison, les élèves qui consomment du cannabis pour se remonter le moral, pour oublier des problèmes ou pour se reconforter lorsqu'ils sont de mauvaise humeur, sont proportionnellement moins nombreux. Ce type de motifs est plus souvent cité par les filles que par les garçons.

Enfin, les motifs de conformité tels que ne pas se sentir exclus par les autres ou faire partie d'un certain groupe sont plus rarement évoqués, il n'y a pas non plus de différence entre filles et garçons. (Windlin, Delgrande, Kuntsche, 2011).

Voici le tableau représentatif de ce qui est dit plus haut :

Motifs de consommer du cannabis, invoquées par les écolières et écoliers de 15 ans en 2010		
Source: Windlin, B., Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E. (2011). <i>Konsum psychoaktiver Substanzen Jugendlicher in der Schweiz – Zeitliche Entwicklungen und aktueller Stand</i> . Lausanne: Addiction Info Suisse.		
	Garçons n(min.)= 218 n(max.)= 227 (%)	Filles n(min.)= 169 n(max.)= 174 (%)
... simplement parce que cela m'amuse	87	87
... pour devenir "stoned"	86	82
... parce que c'est plus drôle lorsque je suis avec les autres	81	80
... pour que les fêtes soient plus réussies	57	55
... pour me reconforter lorsque je suis de mauvaise humeur	44	53
... pour oublier mes problèmes	28	43
... pour ne pas me sentir exclu-e	10	11
... parce que j'aimerais faire partie d'un certain groupe	7	6

Remarque: Plusieurs réponses étaient possibles. Seuls sont pris en considération les jeunes de 15 ans qui ont consommé du cannabis dans les 12 mois précédant l'enquête.

C'est sans surprises que l'usage du cannabis est essentiellement lié à un but récréatif auprès des adolescents. On pourrait se poser la question sur leur connaissance en matière de risques qu'ils encourent dans la consommation de cette drogue. Nous allons faire un récapitulatif sur les effets du cannabis.

### **3.3.2.5. Répercussions somatiques & psychologiques**

Il est important au niveau de la prévention chez les adolescents de parler des effets provoqués par le cannabis car il existe toujours cette tendance à croire que sur le court terme ce n'est pas néfaste comme pour l'alcool. Néanmoins ces explications permettent de briser ces croyances et surtout nous apportent des connaissances sur les risques encourus sur le court et le long terme aussi bien au niveau somatique que psychique.

Les Effets de la consommation de cannabis relevés par l'ISPA en 2008 selon les résultats de l'enquête (2007) du Monitoring de la problématique du Cannabis en Suisse.

Voici l'analyse du graphique établie par le site d'infoaddiction Suisse :

Les consommateurs de cannabis de l'étude entre 13 et 29 ans ont en majorité mentionné les mêmes motifs de consommation :

Les effets positifs les plus fréquemment cités lors de l'enquête en 2007, étaient "la détente", "une sensation agréable", et "l'humeur joyeuse"[...] Des troubles de la concentration et de la mémoire ainsi que la passivité et l'apathie étaient cités le plus souvent comme effets négatifs de la consommation du cannabis. En ce qui concerne l'apathie et la passivité, ce sont les consommatrices et consommateurs actuels et les ex-consommatrices et consommateurs qui les avaient cités nettement plus souvent comme effet négatif que les personnes sans expérience de consommation. Par contre, auprès des consommatrices et consommateurs actuels et des ex-fumeuses et fumeurs, le risque de dépendance était considéré comme plus faible qu'auprès des personnes qui n'avaient jamais consommé du cannabis.

Ces propos sont illustrés par le tableau suivant :

# Effets du cannabis, selon l'expérience de consommation

## (pourcentage d'adhésions aux affirmations suivantes, chez les 13 à 29 ans)

Source: ISPA (2008). Calculs sur la base des résultats de l'enquête (2007) du Monitoring de la problématique du Cannabis en Suisse.

ADDITION | SUISSE

	Expérience de consommation (%)		
	aucune	non actuelle	actuelle*
Effets positifs			
Détend	33	48	59
Procure une sensation agréable, du plaisir, rend joyeux	38	33	55
Aide en cas d'autres maladies	36	33	12
Aide les malades atteints du cancer ou du sida	9	12	5
Rend loquace	1	4	7
Autres effets positifs	5	12	28
Ne sait pas / pas de réponse	4	2	1
n (nombre personnes)**	732	505	407
Effets négatifs			
Troubles de la concentration et de la mémoire	38	50	40
Dépendance	28	23	22
Engendre la passivité et l'apathie	17	39	38
Perturbation de la perception, troubles de la motricité	18	14	15
Rend malade, mutations génétiques	19	13	14
Problèmes psychiques	16	19	21
Diminution des performances, échec scolaire, autres problèmes durant la formation	2	4	7
Problèmes émotionnels	5	7	7
Autres effets négatifs	19	12	15
Ne sait pas, pas de réponse	7	2	1
n (nombre personnes)**	3431	1159	501

\* Consommateurs et consommatrices actuels: des personnes qui avaient consommé au moins une fois du cannabis durant les six mois précédant l'enquête.

\*\* nombre de personnes qu'y trouvent des effets positifs, respectivement négatifs (100%). La somme des pourcentages est plus élevée que 100%, car plusieurs réponses étaient possibles.

Selon l'article « Aspects psychiatriques de la consommation de cannabis » on peut voir que la symptomatologie peut s'accroître et provoquer des dommages cérébraux plus sévères.

### 3.3.2.6. Effets cognitifs aigus

Les effets cognitifs montrent chez les sujets volontaires une altération des performances psychomotrices et cognitives à l'exception des capacités d'abstraction et du vocabulaire. Le cannabis perturbe également les processus associatifs, facilitant les associations inhabituelles. Il diminue la mémoire et réduit l'apprentissage



des mots. L'altération objective des compétences cognitives est très fortement corrélée à l'impression subjective. Chez les consommateurs, les doses modérées induisent une altération de la perception temporelle, des troubles de la mémoire à court terme et une incapacité à accomplir des tâches multiples simultanées. À dose plus importante, des troubles du langage et de la coordination motrice et une dysphorie peuvent apparaître. Le temps de réaction est également augmenté. À dose élevée, ces modifications cognitives peuvent durer jusqu'à 24 heures. L'observation clinique confirme les risques liés à l'accomplissement de tâches complexes. En cas de prises répétées, les troubles mnésiques et les facultés d'apprentissage entraînent des altérations cognitives au long court. (Laqueille, Benyamina, Kanit et Dervaux, 2003).

Cet article démontre que les effets du cannabis ont donc des répercussions psychiques qui peuvent influencer la vie de tous les jours. Il s'agit donc bien d'une consommation à risque lorsqu'un adolescent fume du cannabis car il réduit ses facultés cognitives et peut mettre sa vie en danger ainsi qu'autrui selon son activité. (ex : accidents de la voie publique).

#### **3.3.2.7. Effets somatiques**

Les effets somatiques sont mineurs par rapport à ceux de l'alcool et se définissent généralement par de l'hypotension orthostatique, céphalées, hyperhémie conjonctivale et mydriase, sécheresse buccale, constipation ou diarrhées à forte dose, hyperphagie, irritation bronchique, faible dépression respiratoire. Mais Il n'existe pas de risque léthal en cas de surdosage contrairement à l'alcool.

Seulement, il ne faut pas oublier que les taux de goudron de la fumée de cannabis sont plus élevés que ceux du tabac (50 mg *versus* 12 mg) et présentent donc une toxicité aiguë inflammatoire et des risques supérieurs de cancers des voies aéro-digestives. Consommer du cannabis comporte donc plus de risque que la consommation de tabac. Il existe également des atteintes endocriniennes dont les effets sont réversifs par exemple : la moindre concentration sanguine d'hormones sexuelles, diminution de la fertilité et cycle anovulatoire, diminution de la taille de la prostate.

#### **3.3.2.8. Effets psychiques**

Les effets psychiques, plus importants sont les états de démotivation et syndromes de dépersonnalisation. Pour le premier il se caractérise par un déficit de l'activité et des altérations cognitives, avec baisse de l'efficacité sociale, scolaire ou professionnelle et perturbation de l'humeur. Souvent confondus avec un trouble dépressif chez les adolescents.

Le second se manifeste par un état anxieux induit par la prise de cannabis. Le vrai « bad trip » c'est-à-dire crise de panique dans sa forme aiguë et qui peut durer jusqu'à 30 minutes. Sous forme chronique il peut évoluer vers une asthénie, une insomnie, de sentiments d'étrangeté, de déjà-vu, une humeur dépressive et des perturbations cognitives. Souvent confondu avec une décompensation schizophrénique sans la symptomatique positive qui définissent ce trouble psychiatrique.

De plus il existe une comorbidité entre les troubles psychiatriques et le cannabis. Le premier a tendance à engendrer l'autre tandis que l'inverse peut induire, révéler, accélérer ou aggraver un trouble psychiatrique préexistant, on parle de co-occurrence. Cette comorbidité apparaît surtout chez les personnes présentant des troubles de type psychotique comme on le citait plus haut dans les effets psychiques et les ressemblances avec la décompensation schizophrénique mais il est important de les distinguer.

L'une de nous a eu l'expérience de ce fait en stage pratique en psychiatrie dans une unité de crise auprès des jeunes adultes. La grande majorité des jeunes hospitalisés entre 17 et 25 ans consommaient régulièrement ou étaient dépendants au cannabis. La plupart présentait des symptômes psychotiques aigus et leur prise en soin s'appuyait d'avantage sur le sevrage de cette consommation. Le motif principal évoqué de cette consommation était l'automédication pour calmer des angoisses.

Pour les états de dépersonnalisation comme les troubles anxieux ou troubles de l'humeur, ils sont souvent liés à la prise de cannabis chez les moins de 20 ans. L'abus de substance aggrave des troubles dépressifs déjà présents mais à l'inverse peut être utilisé comme anxiolytique chez ces sujets.

Ici la notion d'automédication est abordée, comme citée dans l'expérience de stage pratique. Il s'agit d'un contexte particulier dans lequel l'adolescent est déjà confronté à des problèmes d'ordre psychique soulagés par la consommation de cannabis mais non guérie.

#### **3.3.2.9. Lien entre la consommation de cannabis et le développement de l'adolescent**

L'adolescence constitue en elle-même un facteur de risque classique, cette étape de transition s'accompagne souvent d'usage de cannabis, en particulier lors de la classique crise d'originalité juvénile. Par rapport à l'alcool, si les déficits de compétence personnelle avec une moindre estime de soi, une impulsivité, une désinhibition et la colère étaient liés à la consommation d'alcool, les déficits sociaux, comme la faible sociabilité, la délinquance, la faiblesse des supports sociaux,



seraient plus souvent liés à la consommation de cannabis. (Laqueille, Benyamina, Kanit et Dervaux, 2003).

Néanmoins, la consommation de cannabis bien qu'étant interdite par la loi et malgré les conséquences psychiques connues, peut être utilisée à des fins thérapeutiques dans certaines situations bien particulières qui sont énumérées par le site stop-cannabis.ch :

#### Le cannabis thérapeutique

Connue depuis l'Antiquité pour ses vertus thérapeutiques, le cannabis est utilisé de manière médicale dans différents pays européens ainsi qu'aux Etats-Unis ou encore en Suisse où certains de ses dérivés peuvent être délivrés sur ordonnance.

#### Les vertus connues des cannabinoïdes aujourd'hui :

- Comme analgésique, en particulier en tant qu'adjuvant pour les douleurs chroniques résistantes, bien que dans certains cas, le cannabis ne serait pas plus efficace que de la codéine (un opiacé) et serait contre-indiqué pour les traitements postopératoires.
- Comme agent antispasmodique, utiles en cas de sclérose en plaques. Dans ce cas-là, une diminution de la douleur et des troubles du sommeil liés à cette pathologie sont généralement observés.
- Comme substance anti-vomitique et contre les nausées, pour les patients sous chimiothérapie ou atteint d'un sida
- Pour stimuler l'appétit, en cas de maigreur importante ou de cachexie (dénutrition très importante) chez les personnes âgées en long séjour, les patients atteints du sida.
- Mais aussi pour améliorer le sommeil, dilater des vaisseaux pouvant améliorer le glaucome.

Il ne faut donc pas oublier que le cannabis possède des propriétés médicinales qui peuvent être prescrites sur ordonnance pour ces situations particulières, nous allons donc faire un petit rappel de la loi en vigueur sur le cannabis en Suisse.

#### **3.3.2.10. Rappel des lois**

Le cannabis est une substance illicite en Suisse, sa vente et sa consommation sont illégales sous peine de poursuites voire d'emprisonnement et ceci à tout âge, sauf pour certains cas de figure comme la prescription d'ordonnance à des fins médicales.

La Confédération Suisse a validé la loi fédérale<sup>6</sup> sur les psychotropes comme telle :

Chapitre 15 Dispositions générales

Art. 16 But

La présente loi a pour but :

- a. de prévenir la consommation non autorisée de stupéfiants et de substances psychotropes, notamment en favorisant l'abstinence;
- b. de réglementer la mise à disposition de stupéfiants et de substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques;
- c. de protéger les personnes des conséquences médicales et sociales induites par les troubles psychiques et comportementaux liés à l'addiction;
- d. de préserver la sécurité et l'ordre publics des dangers émanant du commerce et de la consommation de stupéfiants et de substances psychotropes;
- e. de lutter contre les actes criminels qui sont étroitement liés au commerce et à la consommation de stupéfiants et de substances psychotropes.

### **3.3.2.11. Conclusion**

En lien avec ce que nous avons vu dans le cadre théorique nous émettons l'hypothèse que les thèmes de l'alcool et du cannabis ressortent fréquemment comme substances consommées abusivement par une jeune clientèle. Ce qui ressort et est démontré par les tableaux est la méconnaissance des risques associés aux prises de substances licites et illicites. Peut-on réellement parler de comportement à risque si finalement l'adolescent cherche plus un état euphorique qu'à se mettre en danger ? La connaissance des conséquences de ces produits sur l'organisme est rarement abordée par les adolescents, si ils sont conscients des risques associés comme la conduite alcoolisée ou la désinhibition que cela entraîne, la notion de risque sur le long terme n'est jamais évoquée. Manque-t-il d'information et de prévention sur le sujet ? Ou bien il n'y en a pas parce que statistiquement les chiffres de ses effets physiologiques néfastes ne sont pas significatifs ? Où peuvent-ils selon leur stade de développement se projeter sur le long terme ?

Il existe plusieurs définitions de comportements à risque, bien définis dans ce cadre théorique.

Au niveau de la loi il semblerait que la justice ne constitue pas un frein dans la consommation abusive de ces produits. Au contraire, il pourrait peut-être même s'agir d'un argument favorable à cette prise chez les adolescents en lien avec leur développement (tester leurs limites, faire opposition aux autorités, se rebeller). On parle alors de comportement à risque de niveau social.

---

<sup>6</sup> Source : <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19981989/index.html>

Ensuite, il y a les consommations problématiques qui entraînent directement ou indirectement une hospitalisation pour ces deux substances, l'alcool a tendance à avoir des conséquences somatiques directes tandis que le cannabis lui pourrait induire des troubles d'ordre psychologiques. Quoiqu'il en soit l'abus de substances entraîne des effets néfastes sur le court et le long terme. On parle alors de comportement à risque d'ordre physiologique et psychologique.

Dans les comportements à risque on peut aussi citer les effets indirects de la prise de ces substances considérées comme psychotropes (alcool et le cannabis). L'un ou l'autre induit généralement une désinhibition du comportement qui favorise la mise en danger de l'adolescent qui va « oser agir », effectuer des actes qu'il ne commettrait pas sobre. On parle alors de prise de risque directe (par exemple : aller sur la route, conduire ivre, sauter d'une hauteur inestimable, défis...)

Il ne faut pas oublier que la problématique des consommations à risque est généralement en lien direct avec le développement de l'adolescence et ce qui la constitue. L'essai d'une substance peut être considéré comme « normal » à cet âge-là (13 à 15 ans), néanmoins l'abus ou la dépendance sont la plupart du temps les manifestations d'un problème sous-jacent plus profond que la simple prise de risque. Dans ce cadre théorique nous avons voulu mettre en avant l'essor de la consommation de cannabis et d'alcool ces 10 dernières années car ce comportement devient de plus en plus répandu en Suisse et apparaissent à un âge plus précoce qu'il y a 10 ans. Il nous semble donc important de pouvoir dépister les consommations à risque chez un adolescent, l'infirmière scolaire a un rôle majeur dans ce dépistage.

### **3.4. Autres comportements à risque**

« Si l'adolescence rime avec prise de risques, il arrive que la mise en danger de soi prime sur la recherche de plaisir au moyen de sensations fortes. Puis, consolidation du potentiel des individus au travers de l'effet de groupe. » (Hachet, 2009)

Dans ce chapitre, nous aborderons d'une manière succincte les comportements à risque qui accompagnent souvent la consommation d'alcool et de cannabis. En effet, la poly consommation est fréquemment rencontrée chez les jeunes.

#### **3.4.1. Tabac**

Durant cette période transitoire, comme cité précédemment dans le chapitre « Développement de l'adolescence entre 12 et 15 ans », nous pouvons faire un lien entre la consommation de tabac avec la quête d'identité, l'effet de groupe et l'association au tabac à d'autres consommations (ex : Alcool et Cannabis). En effet, ce qui ressort le plus souvent dans les statistiques, les adolescents fument du tabac pour « s'amuser » et « faire la fête » ; pour eux, c'est un moyen de s'intégrer socialement. La première cigarette "pour essayer" se fume en moyenne à l'âge de 13 ans. Cela ne concerne qu'une minorité des ados. (mon-ado.ch, 2013)

La consommation couplée de tabac et de cannabis est de plus en plus fréquente, en particulier chez les adolescents. Cette association entraîne une potentialisation des effets psychoactifs avec comme conséquence une forte dépendance et un sevrage tabagique plus difficile. (stop-tabac.ch, 2013)

Sur le site d'Addiction Suisse (2013), nous trouvons :

Longtemps considéré comme un produit d'agrément, le tabac est aujourd'hui défini socialement comme étant avant tout une drogue. [...] La plupart des consommatrices et consommateurs ont commencé à fumer à l'adolescence.

L'enquête HBSC, menée tous les quatre ans auprès des écolières et des écoliers en Suisse montre que, de 1986 à 1998, la proportion de celles et ceux qui fument au moins une fois par semaine a considérablement augmenté, s'est maintenu à un niveau élevé en 2002, a baissé en 2006 pour ensuite stagner en 2010 chez les filles alors que chez les garçons une légère augmentation s'est dessinée. 72% des garçons et 79% des filles de 15 ans affirment ne pas fumer, alors que 10% des filles et 13% des garçons du même âge fument quotidiennement.

Les adolescents rencontrent souvent des difficultés à gérer leur impulsivité à expérimenter des substances et à évaluer les conséquences à long terme de leur consommation. Cela les rend donc particulièrement vulnérable à la consommation de tabac. Surtout qu'un adolescent a besoin d'une moindre dose de nicotine par rapport à un adulte pour devenir accro au tabac. La dépendance s'installe rapidement avec seulement quelques cigarettes consommées sur une base régulière. Puis, plus on commence à fumer tôt, plus on augmente les risques de développer des maladies liées au tabagisme (maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, cancer, etc.) (mon-ado.ch, 2013)

L'ouvrage « Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire », p.41 rapporte :

Si la plupart des morts attribuables au tabac ne surviennent qu'à l'âge adulte, « l'usage du tabac et du cannabis à l'adolescence peut avoir des répercussions à court terme sur la fonction pulmonaire et causer des problèmes respiratoires » (*Center for Diseases Control and Prevention*, 1994, cité par Vitaro et Gagnon, 2000). Nous savons que les habitudes tabagiques s'acquièrent à l'adolescence et que les jeunes qui commencent à fumer risquent de devenir dépendant au tabac avant d'être adultes. Ils sont dès lors susceptibles d'avoir plus de difficultés à arrêter de fumer et d'avoir plus de risques de développer des pathologies liées au tabac. À l'inverse, plus l'entrée dans le tabagisme est retardée, moins le fumeur risque de devenir dépendant.

Le tableau ci-après montre que c'est parmi les fumeurs journaliers que l'âge d'expérimentation est le plus bas et ce, pour les filles comme pour les garçons. Lorsque l'on aborde le comportement tabagique dans une perspective de « style de vie », on observe qu'il est aussi associé à d'autres types de comportements à risque, comme l'utilisation de drogues illicites, la consommation d'alcool (Guilbert *et al.*, 2004). Par exemple, les jeunes fumeurs sont trois fois plus susceptibles d'être des consommateurs d'alcool réguliers et huit fois plus enclins à consommer du cannabis que les non-fumeurs (Lamkin et Houston, 1998, cités par Currie *et al.*, 2004). Enfin, on soupçonne la consommation de tabac d'être un précurseur/facilitateur de la consommation d'autres substances (Kandel, 2002, cité par Currie *et al.*, 2004).

TABLEAU I

Âge moyen d'expérimentation parmi les trois groupes de « comportements tabagiques »<sup>a</sup> chez les jeunes de moins de 15 ans dans l'enquête HBSC 2001-2002

	Non-fumeur		Fumeur hebdomadaire		Fumeur journalier	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Belgique	12,1	12,6	12,1	11,7	12,0	11,6
Canada	12,2	12,8	12,4	11,7	12,2	11,4
France	12,1	12,4	12,2	12,0	12,1	11,9
Suisse	12,2	12,8	12,6	11,8	12,5	11,5
Moyenne HBSC	12,8	12,1	12,6	11,9	12,4	11,7

a. Pour des raisons méthodologiques, cette question n'a été posée qu'aux jeunes de 15 ans.

Ainsi, nous pouvons constater que pour la majorité des adolescents, la consommation de tabac a pour but de « s'amuser » ainsi une intégration plus facilement avec leurs pairs. Cette consommation peut amener aussi à d'autres consommations telles que l'alcool et le cannabis. Dû à leur âge, ils ne prennent pas conscience des risques et conséquences encourus. Comme cité au-dessus, les habitudes tabagiques s'acquièrent à l'adolescence et les jeunes qui fument sont plus à risque de devenir dépendant à l'âge adulte.

### 3.4.2. Sexualité à risque

Nous trouvons important d'aborder brièvement ce thème car la consommation d'alcool ainsi que de cannabis, peut amener plus facilement l'adolescent à adopter une activité sexuelle à risque.

L'une des spécificités de la période de l'adolescent est définie par la puberté. Cette dernière est caractérisée par des transformations d'ordres somatiques, métaboliques, psychologiques mais aussi sociaux. L'adolescent acquiert une maturation sexuelle à travers de changements hormonaux qui modifiera son corps du point de vue morphologique et fonctionnel. (Kjellberg, 2006)

D'après l'ouvrage « Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire », p.48 :

De nombreuses normes de comportements propres à l'adolescence – la spontanéité, les conduites d'essai, voire de prise de risque, et l'instabilité – peuvent générer des problèmes de santé liés à la sexualité. Parmi eux, on peut citer les grossesses non désirées conduisant à des interruptions volontaires de grossesse ou à des accouchements chez des filles très jeunes et les infections sexuellement transmises (IST) avec, outre leurs risques propres, celui, non négligeable, de stérilité ultérieure. Notons toutefois que la majorité des adolescents traverse cette zone de turbulences

sans trop de conséquences négatives sur la fécondité ultérieure. (Godeau *et al.*, 2005).

Par « Comportements sexuels à risque », nous pensons d'une part à des rapports sexuels non protégés (sans moyens de protection tels que le préservatif) et d'autre part, aux multiples partenaires sexuels qui correspond d'avoir connu au moins deux partenaires dans l'année écoulée (Coslin, 2003).

Bien que l'étude HBSC ne soit pas le moyen idéal pour avoir une idée précise de l'activité sexuelle des jeunes, les résultats obtenus ont un certain intérêt. En effet, la population identifiée comme sexuellement active dans l'étude correspond en grande partie à des « expérimentateurs précoces » qui par définition seront considérés [...] comme les plus à risque de rapports sexuels non planifiés et non protégés et les plus enclins à d'autres comportements à risque liés à l'impulsivité. Cependant, un pourcentage élevé de ces « expérimentateurs précoces » rapporte utiliser le préservatif puisque 80,2 % des garçons et 69,6 % des filles déclarent y avoir eu recours au cours de leur dernier rapport, ce qui peut suggérer que ces jeunes ont bien reçu certains messages d'éducation sexuelle qu'ils ont intégrés dans leurs pratiques (Currie *et al.*, 2004).

Ainsi, l'incertitude et la recherche d'identité qui est le propre de l'adolescence fait que le jeune ira à la découverte de sa sexualité avec l'autre. Ce que nous pouvons donc constater c'est que le taux d'utilisation d'une méthode de contraception par les adolescents est particulièrement élevé au premier rapport sexuel : 86% utilisent alors le préservatif ou la pilule. Toutefois, ce taux est cependant moins élevé pour les jeunes qui ont leur premier rapport sexuel avant 15 ans. De plus, les rapports sexuels sous l'influence d'alcool ou de drogue ne sont pas rares, surtout avec un partenaire occasionnel. En cas d'usage de drogue, il y a une diminution de l'utilisation de préservatif. (Narring, Michaud, Wydler, Davatz & Villaret, s.d.).

Pour conclure, l'adolescence contient un processus de transformation corporelle qui engage l'adolescent dans un remaniement global qui concerne la relation à son corps sexué, la structuration de son identité et les relations à son entourage. (Narring, Michaud, Wydler, Davatz & Villaret, s.d.) C'est une période où le jeune doit apprivoiser son nouveau corps à travers ses premières rencontres et contacts (amour et sexualité), de là, découle les risques en lien avec la sexualité accentués lors des consommations d'alcool, de cannabis ou d'autres substances.

De plus, l'adolescent influencé par son environnement de pairs est plus enclin à adopter des consommations telles que le tabac, alcool, cannabis afin d'être plus sociable et d'être intégré au sein d'un groupe.

Nous avons vu que les conduites à risque consistaient globalement en «l'exposition du jeune à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril» (Le Breton, 2003). Toutefois, nous avons aussi indiqué qu'elles pouvaient se manifester suivant différents degrés. En effet, certaines conduites seront «inscrites dans la durée» et s'instaureront «en mode de vie» tandis que «d'autres marquent un passage à l'acte ou une tentative unique liée aux circonstances» (Le Breton, 2003).

Par ailleurs, les recherches ont montré que plus l'âge d'expérimentation était précoce, plus grand était le risque d'adopter un comportement à risque. Enfin, nous avons pu constater que les comportements à risque étaient reliés par la poly-consommation : les fumeurs sont plus susceptibles d'être des consommateurs d'alcool et de cannabis, l'alcool est impliqué dans les relations sexuelles non protégées, les fumeurs de cannabis sont amenés à consommer plus facilement de l'alcool et vis-versa, etc. (Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire, s.d.).



### **3.5. Les facteurs influençant et associés à la consommation d'alcool et de cannabis**

L'apparition de comportements à risque comme l'usage nocif de substances psychoactives (alcool, drogues, tabac) ou leur expérimentation précoce ne peuvent pas être expliquées par une cause précise, celle-ci est multifactorielle. Les différents facteurs impliqués peuvent être regroupés en facteurs propres à l'individu, en facteurs comportementaux et enfin en facteurs liés à l'environnement. (Bantuelle, Demeulemeester, 2008).

Ils sont appelés les déterminants des comportements à risques. « Les déterminants des comportements à risque sont des caractéristiques générales (compétences personnelles, relations avec la famille ou les pairs, environnement social, etc.) susceptibles d'avoir une influence néfaste, ou au contraire bénéfique sur ces comportements. On parlera de facteurs de risque lorsque ces caractéristiques sont associées à une fréquence plus importante d'un ou de plusieurs comportements à risque et de facteurs de protection quand ces caractéristiques sont liées à une fréquence plus faible de ces comportements. » (Bantuelle, Demeulemeester, 2008, p.51)

#### **3.5.1. Les facteurs individuels**

Les facteurs prédisposant d'ordre individuels impliqués dans les comportements à risque chez le jeune sont : avoir une faible estime de soi, souffrir d'autodépréciation, être timide, présenter des réactions émotionnelles excessives, des difficultés à faire face aux événements, des difficultés à établir des relations stables et satisfaisantes et des difficultés à résoudre les problèmes interpersonnels. Il y a également des antécédents difficiles et les accidents dans le parcours de vie. (Glantz et Pickens, 1992).

#### **3.5.2. Les facteurs comportementaux**

Les raisons de consommation du jeune ont été exposées plus haut, celle-ci s'inscrit souvent dans un contexte de polyconsommation. En effet de nombreuses études ont aussi mis en évidence que les consommations élevées de cannabis sont accompagnées et ont été précédées par des consommations de tabac et d'alcool (Inserm ; 2001). Le facteur le plus prédictif d'un abus ou d'une dépendances aux substances psychoactives est la précocité de l'initiation et de la consommation (Roberstson *et al.*, 1996 ; Poulton *et al.*, 1997 ; Aarons *et al.*, 1999, cités par l'Inserm, 2001).

### **3.5.3. Les facteurs environnementaux**

Le groupe de pairs revêt un rôle important dans l'initiation et la consommation d'alcool et de drogues. Il peut aussi renforcer cette consommation puisque l'adolescent abusant de ces substances a tendance à choisir des groupes ayant ce genre de comportements (Kandel, 1982 ; Bauman et Ennett, 1994 ; Lanotti *et al.* ; 1996, cités par l'Inserm , 2001).

Le risque est plus élevé lorsqu'il y a une plus grande disponibilité de substances psychoactives au sein du milieu familial, mais aussi lors d'une importante conduite d'usage chez les parents et dans la fratrie ainsi que lors de l'exposition de l'enfant précoce à ces conduites (Kaminer, 1994, cité par l'Inserm, 2001).

L'ambiance au sein de la famille et la survenue d'événements de vie familiaux indésirables au moment de l'adolescence constituent aussi des facteurs de risque. Il est également important de relever que la culture dominante, la pression à la surconsommation et les stéréotypes médiatiques peuvent constituer des facteurs de risque de consommation de substances psychoactives licites ou illicites (Bantuelle, Demeulemeester, 2008).

Terzic Supic *et al.* (2013) ont réalisé une étude transversale dans le cadre de l'ESPAD (recherche indépendante menée dans 40 pays européens sur la consommation de substances psychoactives chez les 15-16 ans) afin d'examiner le lien entre les déterminants sociaux et la consommation de cannabis d'adolescents. Cette étude a été menée auprès de 6150 jeunes âgés de 16 ans dans trois régions de Serbie et venant de trois types de scolarité différents entre mai et juin 2008. Ceux-ci ont répondu individuellement à un questionnaire incluant 74 questions concernant des caractéristiques socio-démographiques et la consommation de substances psychoactives.

Cette étude met en avant que plus de garçons que de filles consomment du cannabis. Des facteurs tel qu'une famille à haut revenus, le faible niveau d'éducation de la mère ou de mauvaises relations avec les parents étaient également significativement associés avec la consommation de cannabis. D'autres facteurs associés sont l'absentéisme scolaire ainsi que les sorties tardives fréquentes. Cette étude montre donc l'importance du développement de la relation familiale. (p. 249)

### **3.5.4. Les facteurs de protection**

On retrouve parmi les facteurs de protection, certaines compétences définies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « aptitudes utiles dans la vie », celles-ci sont particulièrement importantes car il existe un lien fort entre ces compétences, la prévention des conduites à risque et la réussite éducative et d'autre part, elles peuvent

s'acquérir et se développer. Ces compétences « permettent aux individus de maîtriser et de diriger leur existence et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci ». (OMS, 1999) On peut mettre en avant comme facteurs de protection la capacité à prendre des décisions et à résoudre des problèmes, le raisonnement créatif et la réflexion critique, la conscience de soi et l'empathie, les compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles, la capacité à faire face à ses émotions et à maîtriser le stress (Bantuelle & Demeulemeester, 2008).

Suite à une revue de la littérature, Michel, Purper-Ouakil et Mouren-Siméoni (2001), exposent certaines caractéristiques de personnalité impliquées dans la consommation de substances. Les liens les plus significatifs sont retrouvés avec l'impulsivité, les tendances anti-sociales et la recherche de stimulations (recherche de sensations et recherche de nouveauté). Ils parlent de « facteurs de vulnérabilité » et distinguent deux grands types d'influence, parentale et celle des pairs. En effet, « l'initiation aux drogues à l'adolescence dépend sensiblement des amis déjà consommateurs ... le groupe de pairs est à la fois un lieu fournissant un accès direct aux drogues, tout en permettant un renforcement social de leur utilisation. » (Michel, Purper-Ouakil, Mouren-Siméoni, 2001, p.625). Ils exposent aussi que des études rétrospectives ont montré que des antécédents familiaux d'alcoolisme étaient des facteurs de risque majeur pour l'alcoolisme chez l'enfant et l'adolescent.

Ils disent qu'à priori, le genre n'influence pas la consommation de substances, les résultats divergent selon les études et les substances. Toutefois dans leur étude, il est exposé que l'alcool est plus largement consommé par les garçons (70 %) que par les filles (55 %).

Gosselin, Larocque, Vitaro et Gagnon (2010), suite à leur étude, exposent les compétences à entrer en interaction avec les pairs, l'inadaptation scolaire et le manque de supervision parentale comme étant des facteurs de risque significatifs de l'apparition de la consommation de substances. Ils montrent aussi que « plusieurs caractéristiques telles les problèmes de comportement, une estime de soi faible, un déficit sur le plan des habiletés sociales, ont été identifiées comme des facteurs de risque, alors que d'autres caractéristiques telles les perceptions positives des compétences académiques ou les attitudes défavorables vis-à-vis des substances psychotropes ont été considérées comme des facteurs de protection associés à la consommation de cigarettes, d'alcool ou de drogues ». (p.48).

Dans leur revue de la littérature, les auteurs parlent aussi de l'environnement familial comme étant prédictif de consommation de substances psychotropes, parmi lesquels « la

consommation du parent, la supervision parentale, la détresse émotionnelle du parent, l'éclatement de la cellule familiale. » (p.47).

En conclusion, plusieurs facteurs de risques significativement associés à la consommation de substances psychoactives se retrouvent dans plusieurs études différentes, qu'elles soient récentes ou anciennes. Parmi lesquels, on peut retrouver l'environnement familial défavorable, l'influence négative des pairs ou encore l'image personnelle négative. D'autres facteurs ne sont pas aussi clairement associés, comme le genre.

On retrouve de manière fréquente l'association entre la consommation d'alcool et de drogues et l'absentéisme/l'échec scolaire, c'est un facteur qui peut influencer la consommation mais également qui peut découler de celle-ci.

Comprendre quels sont les facteurs qui influencent ces comportements à risque permet d'agir de façon cohérente pour la prévention de ceux-ci. Les facteurs induisant ces comportements et ceux qui les préviennent doivent être pris en compte pour le dépistage et la prévention de ceux-ci dans la population adolescente, le but n'étant pas de classer les jeunes dans des cases et de faire des raccourcis. Ces résultats s'inscrivent donc dans une pratique réflexive de l'infirmière scolaire et des autres professionnels en contact avec les jeunes.

« Les évaluations des programmes de prévention des conduites à risque démontrent que les plus efficaces reposent sur le développement de compétences sociales, émotionnelles et cognitives, utilisent des méthodes interactives et s'inscrivent dans la durée. Les programmes les plus prometteurs prennent en compte l'environnement de l'enfant ou de l'adolescent et agissent simultanément à plusieurs niveaux : famille, école, quartier... » (Bantuelle, Demeulemeester, 2008, p.15).

## 3.6. Rôle infirmier

### 3.6.1. Evolution du rôle infirmier au fil des années

Le Dr. J.-L. Baierlé nous rappelle dans son article « pour la santé scolaire » paru dans le bulletin des médecins suisses en 2001, que la médecine scolaire et préventive est entrée à l'école à une époque où les principaux problèmes étaient ceux d'hygiènes publiques avec les maladies infectieuses telles que la tuberculose. Actuellement il nous démontre à travers son article que la plupart des jeunes filles et jeunes gens de nos écoles sont certes en bonne santé mais qu'ils sont toutefois touchés par de réels problèmes qui relèvent plutôt de la sphère psychosociale, d'un certain mal être où les difficultés de développement personnel sont au premier plan. Il énonce des indicateurs tels que :

Les troubles du sommeil et de l'alimentation, consommation à risque de substances engendrant la dépendance, problèmes relationnels (dont les violences, sur autrui et sur soi-même), les accidents, souvent en lien avec des conduites à risque, les grossesses non désirées, les abus sexuels, les maladies sexuellement transmises, etc.; de plus, ces troubles s'expriment souvent par des difficultés scolaires (baisse des résultats, absentéisme), pouvant aller jusqu'au *décrochage (drop out)*; par ailleurs, les structures scolaires, ainsi que leurs réformes les mieux intentionnées, peuvent aussi être la source de difficultés d'adaptation. (Baierlé, 2001, p.189).

A Genève il est important de souligner l'évolution du rôle de l'infirmière scolaire durant ces 20 dernières années. En effet dans les années 1980-1990 le rôle des infirmières principalement liées aux principes de santé publique et de pédiatrie sociale. Elles avaient une façon de travailler plutôt systématique, c'est-à-dire qu'elles se basaient d'avantage sur des prescriptions sanitaires précises, elles étaient parfois amenées à répéter les mêmes tâches systématiquement.

Les infirmières de santé communautaires ont pu observer une évolution dans les besoins de santé des enfants et des jeunes et de leurs familles, et ont dû continuellement adapter leurs prestations en conséquence, notamment en fonction des demandes, de plus en plus nombreuses et variées qui leurs sont faites sur le terrain scolaire.

Une évolution qui s'explique par une recrudescence de problèmes de santé prioritaires liée à l'augmentation significative du nombre d'enfants souffrant de maladies chroniques ou de handicaps intégrés dans les écoles, des situations médico-psycho-sociales de plus en plus complexes, la paupérisation d'une partie de

la population, les difficultés et les ruptures familiales, les troubles psychiatriques et problèmes d'addiction chez les parents, la migration dans des conditions difficiles, les inégalités sociales et de santé, le décrochage scolaire, etc.» (Clavijo-Gallay, 2012).

En effet, les infirmières spécialisées sont désormais perçues comme des intervenantes de premières lignes, elles travaillent en étroite collaboration avec les enseignants et les éducateurs. Leurs rôles étant de dépister des vulnérabilités, des problèmes de santé, identifier précocement les cas de violences, d'abus, de maltraitance, de mal-être, de rupture.

En ce qui concerne les comportements à risques nous verrons le rôle spécifique de l'infirmière scolaire dans la partie prévention.

A présent les infirmières scolaires ne sont plus perçues comme des professionnelles qui viennent à l'infirmerie effectuer une série de tâches définies tels que les vaccins, le contrôle de la posture etc...Elles sont considérées comme des partenaires de la vie scolaire, avec une expertise en matière de santé. Elles ont gagné en autonomie et leur travail n'est plus prescriptif.

### **3.6.2. Le rôle infirmier au SSJ**

Le Service de santé de la jeunesse (SSJ) au sein de l'office de la jeunesse est un service de santé publique, dépendant du département de l'Instruction publique du canton de Genève.

La mission du service de santé de la jeunesse vise à une action de promotion de la santé et du bien-être, elle porte sur la prévention des atteintes à la santé des enfants et des jeunes du canton de Genève. Le SSJ participe également aux formations de base et continue des enseignant-e-s, des éducatrices et éducateurs du jeune enfant, des infirmières et infirmiers et des médecins.

Les infirmières scolaires qui travaillent au SSJ sont des infirmières qui sont pour la plupart spécialisées en santé communautaire ou santé de l'enfant de l'adolescent et de la famille et bénéficient de plusieurs années d'expériences en milieu hospitalier. Le rôle principal de l'infirmière scolaire est de répondre aux besoins des enfants et des jeunes par des actions de promotion de la santé et de prévention, ceci dans le but de favoriser les apprentissages de l'élève. Elle travaille en partenariat avec les parents, les établissements scolaires et les institutions accueillant des mineurs. L'infirmière scolaire a également un rôle primordial d'observation de l'évolution de la santé des enfants et des jeunes sur un plan physique, psychique ou social. En d'autres termes l'infirmière scolaire se doit d'avoir des compétences telles que l'écoute, la prise de décision, de rôle d'accompagnement, d'orientation, d'évaluation et de dépistage.

« La santé est considérée comme «un état physique, psychique et social qui favorise l'équilibre de la personne au sein de la collectivité », telle que définie dans la loi sur la santé de 2006 par le canton de Genève » Loi sur la santé (LS), Etat de Genève, 2006.

### **3.6.3. Un référentiel de compétences**

Le but du travail effectué par K.Pingoud en 2004 a été d'établir un référentiel de compétences des infirmières scolaires, des différents savoirs requis pour mener à bien leur activité complexe. Celui-ci a été utilisé par le SSJ et il a été repris dans les pratiques infirmières.

Les infirmières de santé communautaire en milieu scolaire appelées communément infirmières scolaires (IS) ont comme champ d'activité la santé des enfants et adolescents à l'école. Elles exercent des activités de prévention et de promotion de la santé, elles disposent de locaux et sont intégrées dans les établissements scolaires. Leurs activités se partagent entre des tâches fixes (visites de santé, entretiens avec les familles, vaccinations, dépistages, administration...), un mandat d'éducation et de promotion de la santé plus large et moins strictement défini dans ses modalités, ainsi que des situations diverses et imprévisibles (urgences, cas de détresse sociale, atteintes à l'intégrité physique et psychique, intégration des enfants avec handicap, etc.). Leur programme découle de législations cantonales. (Pingoud, 2004, p.226).

La lecture du référentiel permet également de distinguer les grandes familles de compétences mobilisées par les infirmières scolaires, à savoir :

Les compétences sociales et relationnelles ;

- Les compétences de communication et d'information ;
- Les compétences pédagogiques ;
- Les compétences infirmières spécifiques ;
- Les compétences d'organisation et de gestion. » (Pingoud, 2004, p.237).

Ce référentiel définit les compétences de haut niveau demandé pour exercer la profession d'infirmière de santé communautaire en milieu scolaire.

En ce qui concerne la charte de l'infirmière scolaire, elle s'appuie sur des concepts tels que la relation de confiance, l'écoute, les préoccupations en lien avec la santé, le bien-être ou la qualité de vie. Les infirmières scolaires offrent également des soins centrés sur la personne en tenant compte de son rythme, de ses choix et de son développement. Elles travaillent également en collaboration interdisciplinaire. Les infirmières scolaires sont également tenues

de mobiliser les ressources des enfants, des jeunes et de leurs familles. Finalement cette charte se tient dans le respect et dans la confidentialité. En 10<sup>ème</sup> Harmos l'infirmière scolaire intervient dans toutes les classes du cycle d'orientation dans lequel elle travaille pour donner des cours de premiers secours, lors de ses interventions elle peut faire le lien entre premiers secours et coma éthylique par exemple, les gestes qui peuvent sauver et les bons réflexes à avoir.

### **3.6.4. La prévention**

La prévention est un aspect primordial du rôle de l'infirmière scolaire, nous allons expliquer les différents aspects de cette thématique.

#### **3.6.4.1. Références de politiques internationales**

Selon le cadre de référence genevois pour la prévention des risques liés à l'alcool établi par le DARES en 2007 :

L'OMS - Europe lance, en 1992, son premier plan d'action européen contre l'alcoolisme. En 1995, la Charte européenne sur la consommation d'alcool est adoptée. La Suisse est signataire de ces documents non contraignants.

Le second plan d'action européen contre l'alcoolisme est défini en 1999. Il vise l'implantation, dans les États-membres, d'une politique de la santé à même de diminuer les dommages, les risques et les effets collatéraux liés à l'alcool. L'accent est mis sur la consommation problématique de l'alcool.

En 2001, à Stockholm, la déclaration "Young People and Alcohol" est adoptée. Elle promeut une protection particulière des jeunes et leur participation dans la conception de mesures préventives [...]

D'après un rapport de la commission européenne, des études ont démontré que la taxation sur l'alcool pourrait avoir un impact dans la prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes. Effectivement si le prix de l'alcool subit une forte augmentation il pourrait avoir une influence sur la réduction de la consommation d'alcool. Par exemple certains pays nordiques comme la Finlande taxe l'alcool assez fortement (le prix d'une bouteille peut être doublé selon le pays où elle est vendue) ceci pourrait repousser les jeunes à consommer de l'alcool du moins à diminuer la consommation. Bien sur l'ampleur de cet impact varie selon les pays et les types de boissons. Mais n'oublions tout de même pas que la consommation d'alcool a également une dimension culturelle. Il est donc nécessaire de faire attention au message que l'on veut faire passer lorsqu'on parle de prévention.



### **3.6.4.2. Définition de la prévention**

Il est difficile de donner une définition exacte de la prévention étant donné que la société est en perpétuelle évolution et que la prévention est différente d'un domaine à l'autre, selon le type de population et de l'âge. Tous les adolescents ne nécessitent pas le même type de prévention. Cependant après avoir consulté un certain nombre d'ouvrages concernant ce thème nous avons choisi la définition du pédopsychiatre Daniel Bailly. Ensuite nous parlerons de la prévention plus spécifique au SSJ.

Par définition, la prévention englobe l'ensemble des mesures destinées à diminuer l'incidence d'une maladie dans la population, et donc à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas. En matière de santé mentale, la prévention peut ainsi être définie comme l'ensemble des mesures visant à éviter que l'enfant ne s'engage dans un processus développemental conduisant l'émergence de troubles caractérisés, ou encore visant à essayer d'enrayer ce processus pour les enfants présentant déjà des signes de vulnérabilité. Autrement dit, la prévention en matière de santé mentale aura pour but à la fois de réduire les facteurs de risque et d'optimiser les compétences de l'enfant et de l'adolescent en termes de stratégies de défense et d'adaptation. Toute action de prévention doit donc démarrer tôt, avant ou au moment de l'apparition des premiers symptômes, et avoir une certaine persistance dans le temps. (Bailly, 2009, p.176).

Nous avons trouvé cette définition pertinente car l'auteur met en avant plusieurs points essentiels et incontournables. En effet, il s'agit de réduire les facteurs de risque bien sûr mais aussi de tenir compte des ressources de l'adolescent, pour qu'il puisse s'appuyer sur ses compétences par exemple dans un moment difficile et développer des habiletés sociales. Pour cela il est important de démarrer des actions de prévention tôt c'est à dire avant même l'apparition des premières expositions à des situations à risque par exemple intervenir avant qu'un adolescent ait bu un seul verre d'alcool ou « tirer sur un joint ».

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a proposé la distinction, aujourd'hui classique, en prévention primaire, secondaire et tertiaire.

## La prévention primaire

La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux.

Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, alimentation, activité physique et sportive, vaccinations...) et collective (distribution d'eau potable, élimination des déchets, salubrité de l'alimentation, vaccinations, hygiène de l'habitat et du milieu de travail). Cette conception traditionnelle de la prévention débouche inévitablement sur un programme très vaste d'amélioration de la qualité de la vie et de réforme des institutions sociales (OMS, s.d).

Dans le cas de notre recherche, la prévention primaire prend place afin de retarder la première consommation d'alcool des enfants et/ou adolescents. Celle-ci peut avoir lieu en milieu scolaire, en milieu hospitalier et sous différentes formes. L'infirmière scolaire se doit d'avoir un regard attentif sur le dépistage précoce des situations à risque autant sur un plan psychosocial que somatique. Pour cela elle doit pouvoir se rendre visible dans l'école par des interventions en classe par exemple. Les outils de dépistage peuvent aussi être utiles dans cette prise en charge. A ce stade la prévention peut se faire de manière collective c'est à dire par des campagnes de prévention souvent menées dans les CO mais surtout de manière individuelle sous forme d'entretiens.

Au cours de notre formation nous avons eu un certain nombre de cours en lien avec l'adolescence, nous avons choisi de reprendre quelques points qui nous paraissent intéressants. En effet, les cours dispensés par la doctoresse Anne Meynard, la psychologue Carole Navarro ainsi que notre enseignante Murielle Szynalski, au mois de mai-juin 2013 dans le cadre du module de la promotion de la santé, nous permettent d'amener quelques compléments.

Nous avons effectivement abordé les notions de développement de l'adolescence, la puberté, l'apprentissage des adolescents, les comportements à risque qu'ils peuvent expérimenter à travers divers consommations. Nous avons aussi participé, en petit groupe, à des stations formatives qui nous ont permis de mener des entretiens avec des patients simulés par de jeunes adultes acteurs. Ces derniers ont été formés au préalable par des médecins et psychologues. En tant qu'étudiants infirmiers notre rôle était de prendre la place d'un soignant et de mener à bien un entretien de dépistage avec des adolescents se présentant à l'infirmerie pour des raisons diverses (céphalées, absentéisme, troubles du sommeil, etc.). Il s'agissait par exemple d'un adolescent qui venait consulter aux urgences pour une fracture du poignet, notre rôle était d'aller plus loin dans la réflexion et

éventuellement de dépister une situation à risque. Nous étions supervisés par des « tutrices » (citées plus haut) qui nous donnaient également des pistes.

Tout d'abord la confidentialité est un élément essentiel à rappeler au début de l'entretien, il permettra de construire le lien de confiance avec le jeune. Ensuite nous avons pu expérimenter différentes techniques d'entretiens telles que les questions ouvertes afin de laisser plus d'espace au jeune pour qu'il puisse s'exprimer, la valorisation de ce dernier et tenir compte de ses ressources. Nous avons réalisé la pertinence d'utiliser des outils de dépistage sous forme de questionnaire (ceux-ci sont décrits ultérieurement) ou de guide line. En effet ces outils permettent une évaluation plus objective et précise car elle repose sur des aspects qualitatif : évaluation des facteurs de risque, des facteurs protecteurs, l'état émotionnel, estime de soi, etc.. Et quantitatif : nombre de consommation, fréquence, etc...

Les entretiens doivent se dérouler dans un contexte de non jugement et le soignant doit également être attentif au fait de ne pas avoir de réflexes correcteurs. Si l'entretien est bien conduit il permet le dépistage individuel de situations à risque chez les adolescents.

Bailly (2009) nous le confirme :

Si la prévention généralisée peut entraîner une diminution globale de la consommation d'alcool et de drogues et de réduire les problèmes de santé liés à cette consommation, les enfants les plus à risque de développer un abus ou une dépendance échappent le plus souvent à ce type d'interventions. Aussi, l'idée s'est progressivement imposée d'associer à la fois des actions de prévention généralisée et des actions plus ciblées sur les enfants à risque (p.217).

### La prévention secondaire

La prévention secondaire comprend «tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie». Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes. (OMS, s.d).

A ce stade l'adolescent présente déjà des comportements à risque. L'implication des parents est essentielle. Le travail en réseau a également toute son importance. Bailly évoque aussi certaines stratégies telles que des interventions qui regrouperaient les enfants et les parents, ils seraient amenés à travailler sur la régulation des émotions, la gestion de la colère, la recherche de stratégies de résolutions de problèmes.

### La prévention tertiaire

La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

Cette conception étend la prévention au domaine de la réadaptation : elle cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale. (OMS, s.d).

L'infirmière scolaire face à ce type de cas de figure peut être d'accompagner l'élève et faire le lien avec une structure adaptée aux besoins que nécessite l'adolescent selon la situation.

A savoir qu'à Genève, il existe différents organismes qui traitent des problèmes d'addictologie tels que la consultattin santé jeunes (HUG), Clinique Belmont, la fondation Phoenix, la Fegpa, la médecine A2, le service d'addictologie du Grand-Pré (HUG), les urgences pédiatriques, les médecins traitants etc.

#### **3.6.4.3. La prévention et le SSJ**

Au travers du document de référence concernant la prévention des comportements addictifs en milieu scolaire élaboré par Soraya Orduz et Pierre-Yves Aubert (avec la participation de Marie-Laure Moret et Marie-José Burnier) nous pouvons lire que les buts du SSJ en matière de prévention et gestion de consommation de substances psychoactives à l'école sont ciblés sur la prévention de la survenue, la répétition et les conséquences des comportements préjudiciable à la santé. Le SSJ a également un rôle important dans la mise en œuvre d'une politique scolaire favorable à la santé des jeunes et des adultes.

D'une manière naturelle les adolescents représentent un type de population plus à risque du fait qu'ils soient attirés par l'inconnu, la recherche de sensation forte et l'interdit et qu'ils n'ont pas toujours la capacité d'évaluer leur prise de risque mais surtout des conséquences que cela peut avoir. Sacy nous le confirme :

Comme les périodes de transition et de bouleversement sont fortement associées à une consommation excessive d'alcool, force est de constater que l'adolescence est en soi un facteur de risque à la surconsommation (Alcoholism, 2006). Il n'est donc pas surprenant que ce soit à ce moment-là que la vaste majorité des jeunes font leurs premières expériences de consommation d'alcool. (Sacy, 2011, p.83).

Il est certain que les infirmières et médecins scolaires ont dans l'école une position privilégiée pour ce travail de prévention et de guidance, en collaboration constante avec les responsables scolaires et les services médicaux.

### Interventions dans les CO

Lors de nos stages effectués au SSJ nous avons pu observer comment se déroule concrètement la prévention par rapport à l'alcool en participant à des journées décroisées souvent organisées en collaboration avec les infirmiers scolaires, les enseignants, les éducateurs à la santé, les TSHM et les conseillers sociaux. Lors de ces journées l'objectif est de réfléchir ensemble avec les élèves aux risques liés à la consommation d'alcool et du cannabis. Un quizz (voir annexe) a été distribué au début de l'intervention dans un CO et puis nous y avons répondu tous ensemble en reprenant les réponses des élèves. Il est également important de travailler sur leur représentations et de faire des activités qui sortent de l'ordinaire (ex : ateliers avec les lunettes de simulation). Lors du débat avec les élèves il peut y avoir des questions intéressantes à considérer, c'est aussi une occasion d'aborder divers thèmes souvent peu ou mal connus des adolescents

Nous avons également observé que les cours de premiers secours donnés au 10<sup>ème</sup> Harmos peuvent être un moment privilégié pour parler de l'alcool, de ses effets et des gestes à avoir en cas de malaise ou de coma éthylique. Lors des journées sportives les infirmiers scolaires peuvent être appelés à y participer pour faire de la prévention par rapport à l'alcool et éventuellement organiser des rallyes etc.

En plus de cela nous pouvons constater sur le site du SSJ que d'autres outils peuvent être utilisés tels que :

- **Anatole : 6P** - Ce programme, donné en quatre périodes consécutives à la fin de l'enseignement primaire, vise à aborder les problématiques auxquelles le jeune pourrait être confronté pendant son adolescence et à prévenir les risques de dépendance
- **Film carton rouge (CIP) – CO** - Sur un ton libre et spontané, il présente un moment de l'existence d'un adolescent confronté aux difficultés, aux doutes, aux tentations, mais aussi aux plaisirs de son âge. Ce film s'adresse en priorité aux jeunes, mais il ne saurait laisser les adultes indifférents. C'est un outil pédagogique qui peut être utilisé dans un contexte de formation ou d'animation sportive, mais aussi en d'autres occasions : écoles, réunions de parents, centres de loisirs, mouvements associatifs

- **Film : Hors Piste (CIP) – PO** Le film "Hors piste" est destiné à la prévention de l'alcool auprès des jeunes. Diffusé dans les cycles, collèges, lors de conférences débats. Il permet de s'interroger sur les circonstances, sur les rapports sociaux que les jeunes établissent lors des fêtes, sur leur loyauté.
- **Spots : [www.je-parle-d-alcool.ch](http://www.je-parle-d-alcool.ch) - PO** Cette campagne de l'OFSP s'appuie sur la conviction qu'en vous donnant la parole, vous pourrez exprimer son point de vue sur le sujet. Les films sur YouTube devraient susciter le débat sur fond humoristique... (Orduz et al. 2013).

Quant aux campagnes de prévention publicitaires nous avons pu lire dans un article de la Tribune de Genève que les messages choquants comme ceux qui sont diffusés aux Etats-Unis n'ont pas forcément d'impact significatif, une collaboratrice du SSJ le confirme : « Nous souhaitons discuter et interagir, comprendre les difficultés. ». Mme Fehlmann Rielle secrétaire générale de la Fédération genevoise pour la prévention de l'alcoolisme (FEGPA) ajoute « Même si les jeunes disent apprécier ce type de campagnes «saignantes», des études ont démontré qu'elles n'avaient pas plus d'impact qu'une action plus soft (...) Les campagnes de sensibilisation ont pour but de rendre visible un problème. Elles ont un rôle d'alerte. Mais aucune action n'obtiendra de résultats durables sans travail de fond, qu'il soit préventif ou basé sur le contrôle. » Tribune de Genève (2013, 25 Mai) Alcool : le message passe mal chez les jeunes.

#### **3.6.4.4. Le rôle parental dans la prévention**

Finalement nous avons pu voir dans les enquêtes épidémiologiques que les résultats sont alarmants face au nombre croissant d'hospitalisations pour intoxication alcoolique aigüe chez les moins de seize ans. Les doctresses Caflisch et Uldry considèrent l'importance du rôle parental dans la revue médicale Suisse :

Genève a mis en place un programme d'intervention brève (une nuit aux urgences et une consultation ambulatoire dans les 10 jours), afin de repérer les adolescents avec des comportements à risque pour les rediriger vers les services adéquats, de les informer quant aux risques encourus lors de l'abus d'alcool (prévention secondaire) et appuyer les parents dans leur rôle éducatif (Caflisch et Uldry, 2013, p.236).

En effet dans leur article elles énoncent ce rôle parental si important mais parfois négligé. Ces auteures mettent également en avant le fait que non seulement les adolescents sont demandeurs d'informations mais les parents également. Le nouveau programme d'intervention mis en place par les HUG tient compte du déroulement des faits, du contexte,

du type de boissons consommé, des effets recherchés et ressentis, la prise de risque encourue, comment le jeune s'est procuré ses boissons. Lors de cette brève intervention sera évaluée la compréhension des faits par le jeune mais aussi la réaction parentale et le soutien parental. Finalement des informations quant aux méfaits de l'alcool et des risques encourus en lien avec l'intoxication seront données.

Pour conclure ce qui est primordial dans la prévention des comportements à risque chez un jeune, par exemple lors d'un entretien, c'est de tenir compte de ses ressources, partir de ses connaissances ceci dans le but de permettre à l'adolescent de ne pas être dans une position passive. Les parents sont les premiers acteurs dans la prévention de leurs adolescents pour fixer un cadre et des limites. Mais bien sûr eux aussi ont parfois besoin d'être soutenu dans ce rôle qui n'est pas des plus faciles.

#### **3.6.4.5. Prise en charge des adolescents**

La prise en charge des adolescents est complexe car c'est une période d'instabilité difficile à vivre pour le jeune et il est parfois compliqué d'entrer en communication avec lui. Des techniques sont préconisées pour entrer en relation avec l'adolescent. Cette prise en charge spécifique concerne de nombreux professionnels notamment ceux dans le domaine de la santé.

Les jeunes consultent les professionnels de la santé (médecins de premiers recours, médecins traitants, infirmières scolaires) le plus souvent pour des motifs somatiques ou pour un bilan. Il n'est donc pas évident aux premiers abords de mettre en avant les prises de risque de l'adolescent. Il est toutefois indispensable de repérer les jeunes ayant besoin d'interventions plus spécifiques. L'outil de dépistage est alors utile car il permet de situer la plainte dans un contexte global, d'explorer aussi bien les habitudes de vie, les compétences que les difficultés des jeunes.

Certains points sont indispensables pour bien prendre en soin les adolescents. Les professionnels de la santé se doivent tout d'abord d'avoir en tête les étapes de développement physique et psychosocial de l'adolescent afin de mieux se représenter les difficultés auxquelles un jeune doit faire face et replacer les événements dans leur contexte.

Des compétences de communication sont aussi nécessaires, notamment l'utilisation de l'entretien motivationnel.

L'entretien motivationnel est une méthode de communication, basée sur l'exploration et la résolution de l'ambivalence. Il est centré sur les processus de motivation intrinsèque de l'individu qui favorisent le changement [...] L'intérêt de son utilisation

avec les adolescents est croissant, ce d'autant plus que la recherche naissante dans le domaine semble confirmer son efficacité également avec les plus jeunes populations. (Chossis, 2004).

Lors d'un entretien avec un adolescent présentant une consommation abusive de substance, il faut essayer de favoriser la motivation au changement sachant qu'en lien avec le développement de ceux-ci, l'ignorance des conséquences et la prise de risque est majorée. On cherche alors à les informer dans un premier temps puis on essaie de les amener à trouver des solutions d'eux-mêmes pour changer leur comportement.

« Miller et Rollnick soulignent l'importance de l'esprit de l'entretien motivationnel : une façon d'être avec et pour les patients, dans un esprit de collaboration, de partenariat, permettant au patient de rechercher en lui ses ressources et sa motivation intrinsèque au changement, tout en respectant son autonomie individuelle. » (Chossis, 2004) On retrouve parmi les principes fondamentaux de l'entretien motivationnel l'empathie, le non-jugement, l'écoute active, la gestion de l'ambivalence, l'aide à souligner les contradictions entre son comportement actuel et ses valeurs/objectifs.

En partant de ses notions, le professionnel qui va mener l'entretien est capable de créer une alliance thérapeutique avec son patient afin de trouver des solutions et l'accompagner dans la résolution du comportement problématique par l'acceptation et le changement.

« Ainsi, les objectifs sont [...] rarement prescrits mais négociés avec le patient qui détermine lui-même le type et le moment du changement ». (Chossis, 2004).

#### **3.6.4.5.1. Les stratégies de base de l'entretien motivationnel :**

- Les questions ouvertes

Elles amènent le patient à développer ses réponses, ce qui permet de créer un dialogue et écarte l'aspect protocolaire de l'entretien et qui favorise la confiance dans l'échange.

A savoir qu'il faut faire attention au « réflexe correcteur » dans l'attitude soignante lorsqu'on recueille les propos de l'adolescent pour éviter le sentiment de jugement. En effet, le soignant pense savoir ce qui est bon pour le patient, avec le temps, ce désir de corriger la situation qu'il perçoit comme problématique devient quasi-automatique.

- L'écoute réflexive

Elle « permet au patient d'entendre ses préoccupations et ses raisons en faveur d'un changement au moins deux fois : une fois de lui-même, une deuxième fois de son



thérapeute mais l'aide également à poursuivre l'exploration de son ambivalence » (I. Chossis, 2004).

- La valorisation

Très importante lors de l'EM car elle renforce la motivation du patient à accepter et modifier son comportement, ce qui évite alors la déception que celui-ci peut ressentir face au rappel des comportements à risque qu'il présente et le sentiment d'être jugé. Il favorise l'apprentissage et valide les ressources de l'adolescent. Il est important d'identifier les ressources de l'adolescent et d'insister sur leur importance.

- Le résumé

Résumer la situation et faire le point lors de l'entretien permet de renforcer ce qui a déjà été dit, qui est acquis et permet d'avancer dans l'échange.

- Susciter le discours changement

Pour cela il faut « amener le patient à présenter les arguments en faveur du changement comme reconnaître les désavantages du statu quo, reconnaître les avantages du changement, exprimer de l'optimisme face au changement et exprimer l'intention de changer. » (Chossis, 2004).

En conclusion, Miller et Rollnick qui ont élaboré l'entretien motivationnel, résument assez bien les caractéristiques du développement adolescent qui soulignent l'utilité de l'EM et qui expliquent en même temps la difficulté de celui-ci en particulier avec cette population sujette aux abus de substances.

Ces adolescents ont des caractéristiques particulières : une interaction difficile avec les adultes, sur un mode contrôlant-contrôlé, une exposition préalable à des messages éducationnels exagérés à propos des drogues, un sentiment d'invulnérabilité, une contrainte par le système judiciaire, le besoin d'établir une identité propre et la certitude qu'ils n'évolueront pas vers la dépendance. Chacune de ces caractéristiques conduit dans la direction de la résistance. De plus, il est rare que l'adolescent soit lui-même demandeur d'aide mais est plutôt amené sous contrainte à la consultation, par exemple suite à un événement ayant alerté les adultes (accident, arrestation par la police, etc.). Enfin, un certain nombre de ces adolescents est peu loquace, malgré l'utilisation de questions ouvertes. (Chossis, 2004).

Il est aussi nécessaire de connaître les spécificités de l'adolescent en le représentant dans son contexte bio-psycho-socio-culturel. Le besoin de confidentialité est très important pour le

jeune afin de construire le lien de confiance avec le professionnel, c'est donc un aspect qui doit être repris lors de chaque entretien et les documents tels que les outils sont détruits à la fin et devant le jeune. Il est également sensible au fait d'être entendu et respecté. (Meynard, Haller, Navarro & Narring, 2008) Il faut garder en tête que la notion de comportement à risque est toutefois subjective, et souvent pas la même pour le soignant et l'adolescent.

Le travail en réseau revêt également une importance particulière dans les situations parfois complexes des adolescents, en tant que soignant, il faut savoir demander de l'aide et des conseils quand on atteint ses limites. « Lors de l'entretien, il peut également être important de repérer si le jeune peut identifier un adulte de référence (parent, éducateur, professeur...) vers lequel il peut se tourner en cas de difficultés. En effet, la présence d'un tel lien a été démontrée comme étant un très fort facteur protecteur de la santé des adolescents. » (Resnick et al., 1997 cité par Meynard, Haller, Navarro & Narring, 2008, p. 1453).

Enfin, il paraît essentiel de prendre en soin l'adolescent en respectant le concept de la bientraitance. Celui-ci est subjectif, il se doit de considérer l'environnement dans lequel la personne évolue, de plus, selon les cultures et les sociétés ce qui est bientraitant peut être considéré maltraitant pour d'autres et inversement. B. Terrisse définit la bientraitance des enfants comme : « l'ensemble des comportements éducatifs émanant des parents et de l'ensemble de la collectivité, (en premier lieu de l'institution scolaire et de ses acteurs) destinés à adapter l'enfant de façon harmonieuse aux conditions de vie qui prévalent dans cette collectivité. » (2005) À l'opposé il définit la maltraitance physique et psychologique comme : « l'ensemble des comportements éducatifs nuisant à cette adaptation, que ceux-ci soient actifs et extériorisés (violence) ou passifs et intériorisés (négligence, indifférence) ».

En tant que soignant, prendre en soin les personnes de tout âge, notamment les adolescents de manière bientraitante est primordial. Cela se fait dans un contexte législatif et déontologique à travers les questionnements éthiques. De plus, on peut mettre en avant la bientraitance parentale comme facteur protecteur primaire de l'apparition des comportements à risque chez les adolescents (Meynard, communication personnelle [Notes de cours], mai 2013) « Dans toutes les sociétés, la finalité éducative des parents est d'amener l'enfant à s'adapter avec succès à son environnement physique, culturel, économique et social afin qu'il y soit autonome, performant et qu'il y assure à son tour ses rôles d'adulte. » (Terrisse, 2005).

Pour appliquer le concept de bientraitance dans la prise en soins des adolescents, on se doit d'être dans un contexte de respect de la personne et de son histoire, de sa singularité, mais aussi de promouvoir l'expression de ses droits et ses choix en le rendant acteur de sa prise

en soin. Il est également important que le soignant aie une intention positive et qu'il agisse en fonction de celle-ci. « La posture professionnelle de bientraitance est une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus. Elle ne peut se résumer à une série d'actes. » (ANESM, 2008, p.15)

Pour réaliser cette prise en charge bientraitante, le soignant va réfléchir et collaborer de manière continue et va tendre à la recherche de la meilleure réponse possible à un besoin identifié à un moment donné tout en prenant en compte le plus grand nombre de paramètres possibles concernant le patient. Pour que l'accompagnement soit optimal il faut donc promouvoir l'autonomie de l'adolescent en l'informant, aller au rythme de la personne en connaissant ses besoins, et ne pas oublier de prendre en compte l'entourage de la personne. (ANESM, 2008).

#### **3.6.4.6. Outils**

Les outils peuvent être utiles pour le travail auprès des adolescents pour le dépistage des situations à risque mais ils peuvent également servir de support aux professionnels de la santé ou autre pour la prise en charge de ceux-ci, permettant ainsi de replacer l'adolescent dans son contexte bio-psycho-socio-culturel.

Une étude réalisée en Finlande en 2004, avait pour but d'examiner les facteurs de risque et les facteurs protecteurs liés à la consommation de substances psychoactives chez les adolescents et l'habileté des infirmières scolaires à identifier ces dit-facteurs et à apporter une intervention précoce. Pour ce faire la population de l'échantillon (326 adolescents âgés de 14 à 18 ans) devait remplir un questionnaire sur leur contexte de vie et un autre évaluant leur consommation des stupéfiants. Le questionnaire ADSUME (Adolescents' Substance Use Measurement) utilisé consistait en 17 questions sur la quantité et les conséquences de la consommation de tabac, d'alcool, de colle, de drogues, de produits pharmaceutiques et d'alcool mélangé avec d'autres substances psychotropes. D'autres questions concernant le contexte de vie des adolescents ont été posées, elles traitaient de la relation avec les parents, le soutien des proches, les hobbies, les amis, la disponibilité des stupéfiants mais aussi des connaissances de l'adolescent sur le sujet.

Après l'accord des adolescents, une copie de chaque réponse au ADSUME était envoyée à l'infirmière de l'école concernée. Celle-ci évaluait la nécessité d'une intervention et complétait un questionnaire concernant chaque adolescent en se basant sur ses réponses et aussi sur les entretiens santé effectués auparavant. Leur questionnaire comprenait des questions sur leur préoccupation pour l'adolescent et sur les interventions nécessaires. Puis,

ces données étaient comparées avec les réponses des adolescents. Cela permettait d'estimer la bonne évaluation infirmière des adolescents durant ces entretiens annuels.

L'évaluation des infirmières scolaires concernant le dialogue avec les parents et le soutien des proches ne correspondait pas aux affirmations des adolescents dans la majorité des cas. De plus, elles se sont majoritairement trompées en ce qui concerne l'évaluation du sentiment de solitude des adolescents et leur faible connaissance. Cela montre donc que le « feeling » n'est pas un bon prédicateur de l'évaluation de l'état de santé du jeune peu importe l'expérience de l'infirmière. Les infirmières scolaires ont classifié 95% des adolescents dans la catégorie des pas ou peu d'inquiétude à leur sujet. Seulement deux adolescents ont sérieusement inquiété les infirmières scolaires. Concernant l'utilisation de stupéfiants, l'évaluation des infirmières était congruente aux dires des adolescents. (Pirkanen, Pietilä, Halonen & Laukkannen, 2006).

Cette étude démontre l'utilité d'un outil qui concerne non seulement la consommation de substances ou d'autres prises de risques mais également le contexte de vie de l'adolescent afin de faire ressortir des situations problématiques ou au contraire celles favorable à un bon développement. Les entretiens de santé seuls ne suffisent pas à l'infirmière scolaire pour avoir une vision objective et réelle des adolescents.

L'utilisation de ces questionnaires n'a pas forcément besoin d'être auto-évaluative et individuelle, en effet, celui-ci peut être rempli par le professionnel de la santé durant l'entretien ou simplement servir de guideline. Cependant, certains soignants préféreront parfois ne pas poser directement les questions, certaines pouvant être considérées comme intrusives et pourraient gêner pour le jeune.

Le risque de la mauvaise utilisation de ces outils est de tomber dans la catégorisation des jeunes et, de ce fait, de faire une prise en charge trop systématique plutôt qu'adaptée à la personne en prenant en compte son contexte large. Un autre biais peut être le fait que l'adolescent ne dise pas forcément la vérité aux questions. Toutefois l'outil permet quand-même d'informer le jeune et l'inciter à réfléchir et se questionner sur sa consommation (Meynard, communication personnelle [Notes de cours], mai 2013).

Les avantages de l'utilisation d'un questionnaire standardisé sont nombreux, tout d'abord, il permet le dépistage rapide des situations à risque chez l'adolescent. Puis, il ne laisse pas place biais de jugement sur le look du jeune par exemple. Ensuite, il permet de ne pas passer à côté de certains sujets soit parce qu'ils sont oubliés, soit parce que ce sont des sujets délicats et que les soignants n'osent pas forcément les aborder directement. Enfin, il permet au professionnel de se baser dessus quand il parle au jeune

Certains outils sont déjà en cours d'utilisation chez les adolescents comme le CRAFFT (ADOSPA en français) qui est un questionnaire composé de 6 questions afin de dépister les consommations problématiques d'alcool et de drogues chez un jeune :

1. Etes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (**A**uto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e) ?
2. Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous **D**étendre, vous sentir mieux ou tenir le coup?
3. Avez-vous **O**ublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues ?
4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes **S**eul(e) ?
5. Avez-vous déjà eu des **P**roblèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues?
6. Vos **A**mis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

Deux réponses affirmatives indiquent un usage nocif de substances psychoactives. ([http://www.projectcork.org/clinical\\_tools/html/CRAFFT.html](http://www.projectcork.org/clinical_tools/html/CRAFFT.html), traduction libre, 2010).

L'outil DEP-ADO élaboré au Canada est un questionnaire relativement bref de détection qui permet d'évaluer la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents. Lorsque le jeune a répondu aux 7 items avec ou sans le professionnel, les points sont comptés et on attribue un feu vert, jaune ou orange selon le niveau de risque pour la santé du jeune. Il est utilisé par des professionnels de la santé à Genève lors de la prise en charge des adolescents afin de dépister des situations à risque. (Meynard, communication personnelle [Notes de cours], mai 2013).

Le HEADSSS (**H**abitat, **E**ducation, **A**ctivités / **A**limentation, **D**rogues, **S**exualité, **S**écurité, **S**uicide / **D**épression) est un outil mnémotechnique également utilisé par les professionnels de la santé à Genève. Celui-ci permet d'élaborer l'anamnèse psychosociale de l'adolescent et de sa famille en mettant en avant non seulement les éléments compromettant la santé du jeune mais aussi les facteurs protecteurs et les ressources lui permettant un bon développement afin de replacer la problématique dans un contexte plus large. (Meynard, communication personnelle [Notes de cours], mai 2013).

Les avantages de l'utilisation d'outils auto-évaluatifs ou hétéro-évaluatifs dans la prise en charge des adolescents par des professionnels de la santé ont été démontrés. Les entretiens seuls ne suffisent pas forcément à avoir une vision globale du jeune en incluant son contexte bio-psycho-socio-culturel. Les outils permettent donc de mettre en avant non

seulement les situations problématiques de l'adolescent mais aussi de faire ressortir ses ressources et ses compétences.

### **3.7. Collaboration pluridisciplinaire**

A Genève le réseau pluridisciplinaire concernant le milieu scolaire est très large et englobe beaucoup de professionnels de la santé de profession différente. Le SSJ réunit les infirmières et les médecins scolaires, les éducateurs pour la santé (fegpes), et d'autres professionnels spécialisés comme la technicienne vue-ouïe par exemple. Le SSJ a comme objectif premier de conseiller et d'orienter les jeunes vers les médecins et les services spécialisés, il n'y a que très peu de soins techniques qui sont effectués.

Au sein du SSJ, les infirmières scolaires collaborent avec les médecins, les éducatrices à la santé, les psychomotriciennes, les diététiciennes, les techniciennes vue et ouïe ainsi que les secrétaires.

Sur le terrain les infirmières scolaires travaillent également en réseau, mais de manière différente dans chaque type d'établissements. En ce qui concerne la population des adolescents de 12-15 ans qui sont scolarisés au cycle d'orientation, la collaboration se déroule de la manière suivante :

Dans chaque cycle d'orientation du canton de Genève, il y a une infirmière scolaire qui est présente à temps partiel, elle travaille en collaboration avec les conseillers sociaux, les psychologues, les enseignants, la direction et les parents.

Selon la situation que présente un élève, l'infirmière scolaire peut également être appelée à collaborer avec un réseau externe à l'école tels que les médecins, le SPMI, les urgences pédiatriques, la médecine A2, le centre de traitements ambulatoire intensif (CTAI), le planning familial, les travailleurs sociaux hors-murs (TSHM), l'office médico-pédagogique (OMP) et les ilotiers par exemple lors de fêtes organisées comme l'escalade. Dans les cycles d'orientations interviennent aussi les éducateurs à la santé qui font principalement des actions de prévention. Il y a également une collaboration avec les associations et fondations telles que « La Fegpa », « Phenix », « Action innocence », « Le caméléon, compagnie théâtrale », « Rien ne va plus » etc...

Encore une fois l'importance de la collaboration entre les professionnels de la santé scolaire et l'école est mise en avant par Bouvier, Caflisch & Narring (2006) :

Les consommations de cannabis ou d'alcool par les adolescents augmentent, et leurs effets sur la santé, la scolarité et les apprentissages sont mieux connus. De ce fait ce

problème concerne directement les enseignants. L'école doit tenter de gérer de façon cohérente les problèmes de consommation dans le cadre qui est le sien. Il s'agit d'éviter l'écueil de la banalisation, comme celui de l'activisme excessif, qui risquent l'un et l'autre de conduire à des dérives éthiques.

De plus les enseignants côtoient leurs élèves tous les jours alors que les infirmiers ne connaissent pas forcément tous les élèves. De ce fait une bonne collaboration entre ces derniers est indispensable pour dépister au mieux d'éventuelles situations de comportements à risque et répondre aux nouveaux défis de la santé des adolescents.

Nous l'avons bien compris les besoins de santé des adolescents sont importants et complexes, il y a de plus en plus de jeunes qui déclarent des problèmes de santé, des problèmes d'adaptation mais aussi des comportements à risque. Bien entendu nous devons prendre en compte le fait que le contexte socio-économique et éducatif devient de plus en plus difficile et qu'il nécessite une approche globale de la santé (approche biopsychosocial).

Comme nous l'avons souligné, il existe énormément d'organismes, associations, services en lien avec les comportements addictifs chez les jeunes. Il est donc nécessaire d'avoir une bonne connaissance du réseau et de travailler de manière pluridisciplinaire pour viser une prise en charge adéquate d'un adolescent présentant un problème en lien par exemple avec l'alcool et/ou le cannabis.

### 3.8. Secret Médical

La prise en charge d'un adolescent est complexe due à la spécificité de ce dernier. En effet, il est nécessaire de tenir compte de sa place sans omettre celle des parents et également tenir compte de sa posture jeune adulte tout en tenant compte de ses limites. L'article suivant explique pertinemment la complexité du secret médical et la prise en charge d'un adolescent. Toutefois, il décrit uniquement le rôle du médecin, notons qu'il y a de grandes similitudes avec l'activité d'une infirmière scolaire, c'est pour cela que nous l'utiliserons quand même tout en tenant compte de nos expériences personnelles.

D'après Caflisch & Chappuis-Bretton (2003) ;

La consultation avec un adolescent a sa spécificité, à savoir une situation de triangulation entre l'adolescent, ses parents et le médecin. Durant l'enfance la consultation médicale se fait toujours en présence des parents, puis elle va progressivement évoluer vers une prise en charge individuelle avec un jeune adulte seul. [...].

Chaque consultation médicale se base sur une garantie de confidentialité entre médecin et patient. Par conséquent, au moins une partie de la consultation doit se faire en tête-à-tête avec l'adolescent ; la durée dépendra de l'âge du patient, de sa maturité affective et cognitive.

Cependant lors des entretiens que nous avons effectué nous avons observé qu'il est extrêmement difficile pour certains parents de laisser leur enfant entre les mains d'un professionnel de la santé sans pouvoir être présent. Les parents veulent être impliqués et exigent parfois d'être présents. Le rôle du soignant se doit alors de pouvoir poser un cadre dès le début et expliquer de manière adéquate les motifs qui le pousse à s'entretenir uniquement avec l'adolescent. Bien sûr il faut tenir compte que pour certains jeunes il n'est pas évident de se retrouver confronté avec un adulte inconnu.

Dans un premier temps Il est important pour le soignant de pouvoir s'entretenir avec le jeune seul à seul puis dans un deuxième temps d'inclure les parents. Ces derniers peuvent aussi apporter des renseignements notamment sur les antécédents personnels et familiaux. Finalement des moments de consultations conjointes avec les parents et les enfants peuvent permettre au soignant d'observer la dynamique familiale.



## **Confidentialité et secret médical**

Dans toute prise en charge d'adolescents une réflexion autour du secret médical s'impose. La question de la confidentialité nécessite d'être abordée ouvertement en début de consultation. Il faut clarifier quelle sera la transmission d'informations aux parents en rendant le jeune attentif au fait qu'il peut, à tout moment, révoquer un accord préalable. Les soignants pourront garantir au jeune la notion d'un secret médical limité, qui implique le maintien de la confidentialité à condition qu'il n'y ait pas de risque majeur d'un danger pour lui-même ou pour autrui. Cette restriction autour du secret médical peut se comprendre, lorsqu'on craint des révélations de violences subies ou de risque de passages à l'acte (par exemple suicidaire). (Caflisch et Bretton, 2003).

La réflexion autour du secret médical peut être élargie à une réflexion autour de la transmission d'informations et au secret médical partagé dans le réseau de soins, car toute prise en charge d'adolescents nous oblige à avoir une vue d'ensemble plus large impliquant non seulement des liens de soins entre patient, médecin et famille, mais également avec le monde socio-éducatif (école, cadre professionnel, foyers éducatifs) et parfois même socio-judiciaire (services de protection des mineurs, tribunaux). (Caflisch et Bretton, 2003).

## **Droits des adolescents, droits des parents**

Chez la personne mineure, selon le cadre légal suisse, l'attribution du droit à la confidentialité tout comme le droit de décider seul d'un traitement médical est subordonnée à la capacité de discernement. Cette capacité est considérée comme acquise dès lors que l'adolescent a atteint une maturité affective et cognitive suffisante pour comprendre les enjeux d'une mesure médicale. Cette capacité de discernement doit être évaluée pour chaque situation.

Sur le plan physique, il peut y avoir des différences dans l'âge de la puberté mais cette dernière n'a pas une influence déterminante sur la capacité de discernement. La maturation cognitive ne dépend pas de la seule provenance culturelle mais d'une foule de facteurs liés à la génétique, à l'histoire personnelle et à l'environnement. (Caflisch et Bretton, 2003).

Dans le Code civil Suisse, nous trouvons la loi concernant la capacité de discernement; article 19 :

## Art. 19

3. Personnes  
capables de dis-  
cernement qui  
n'ont pas l'exer-  
cice des droits  
civils  
a. Principe<sup>9</sup>

<sup>1</sup> Les personnes capables de discernement mais privées de l'exercice des droits civils ne peuvent contracter une obligation ou renoncer à un droit qu'avec le consentement de leur représentant légal.<sup>10</sup>

<sup>2</sup> Elles n'ont pas besoin de ce consentement pour acquérir à titre purement gratuit ni pour régler les affaires mineures se rapportant à leur vie quotidienne.<sup>11</sup>

<sup>3</sup> Ils sont responsables du dommage causé par leurs actes illicites.

En Suisse, on considère qu'en dessous de 12 ans un jeune n'a pas la capacité de discernement, qu'entre 12 et 16 ans la capacité de discernement doit être évaluée au cas par cas, et qu'au-delà de 16 ans elle peut être admise pour des décisions sans gravité.

Selon Meynard, Narring, Navarro & Haller (2008) :

Si l'on sait que les adolescents ne consultent pas volontiers, veulent souvent une réponse rapide et éviter d'attendre, qu'ils ne font pas forcément confiance aux soignants, on sait également que la possibilité d'avoir accès à des soins confidentiels favorise la création d'une alliance avec le jeune et des soins efficaces. Les jeunes sont également très sensibles au fait d'être entendus et respectés, pris au sérieux. Il ne faut pas non plus oublier qu'ils sont dans une période de développement dans laquelle ils cherchent à s'autonomiser en s'attachant à trouver des solutions par eux-mêmes. Ceci est parfois interprété à tort comme un refus de soins ou un manque de collaboration.

Pour conclure, le secret médical est un dilemme juridique complexe car l'adolescent ayant les capacités de discernement a un droit à la confidentialité et à l'autodétermination mais les parents ont aussi un droit à l'information quant à la santé de leur enfant mineur. En d'autres termes, d'un point de vue éthique, les réflexions suscitées peuvent être transcrites dans une forme de dilemme entre autonomie (pour le jeune adulte) et bienfaisance (pour les parents et les soignants).

Les aspects légaux ne servent que de ligne directrice à l'activité médicale. Au centre doivent rester, le bien-être somatique et psychique du patient. Dans une zone grise de la jurisprudence concernant le droit des patients adolescents, trouver la balance entre les intérêts du jeune patient, le respect de l'opinion des parents et les aspects légaux est un défi. (Rutishauser & Schlaepfer, 2006).

Ce dilemme est propre au stade de développement de l'adolescent car le jeune adulte est poussé à établir de nouvelles distances affectives, en écartant ses parents et à cheminer

vers l'autonomie afin d'atteindre l'indépendance et la liberté. Il n'est pas évident pour lui de trouver un juste équilibre entre ses désirs d'indépendances et sa loyauté auprès de ses parents qui le rassure. Ce carrefour entre l'enfance et l'âge adulte met bien en évidence l'ambivalence relationnelle due aux modifications de la dynamique familiale. D'où la difficulté pour les soignants de créer un lien avec une distance relationnelle adéquate avec le jeune adulte pour éviter un surinvestissement ou au contraire une rupture de relation. Ainsi, la création d'une alliance thérapeutique est nécessaire pour que l'adolescent fasse confiance aux soignants pour que ces derniers puissent répondre spécifiquement à leurs besoins.

## 4. ANALYSE DESCRIPTIVE ET INTERPRETATIVE

### 4.1. Comportements à risque

Dans la littérature, nous avons pu remarquer que les deux problématiques les plus fréquemment rencontrées étaient celles de la consommation d'alcool et de cannabis chez les adolescents entre 12 et 15 ans. Par ailleurs, nous faisons ce même constat à travers tous les entretiens que nous avons mené auprès des infirmières du C.O. Toutefois, nous remarquons que les infirmières scolaires abordent succinctement la problématique du cannabis qui est moins visible que la consommation d'alcool. «...peut-être que je dis alcool parce que c'est le plus repérable» (Interview 1, L.38).

Ce qui ressort de notre cadre théorique dans les statistiques est l'augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis auprès d'une jeune population dès l'âge de 12 ans. A l'inverse, dans les entretiens les infirmières scolaires ne perçoivent pas cette augmentation car les consultations à ce sujet restent malgré tout rares.

« Des élèves qui ont consommé de l'alcool j'en rencontre chaque année mais sur les 600 ou 700 élèves de l'école c'est peut-être 10 et surtout pendant les fêtes, mais pendant l'année c'est peut-être un ou deux, très peu » (Interview 3, L.29).

De plus, suite à nos lectures, nous pouvons distinguer les différents modes de consommation ; un adolescent qui consomme une fois pour essayer, prises exagérées qui peuvent nuire à la santé sur le court et long terme puis enfin l'abus qui mène à la dépendance mais qui reste plus rare.

La théorie et la pratique se rejoignent sur un point ; les motifs cités sont majoritairement la recherche de l'euphorie lors de fêtes. En effet, les adolescents consomment pour tester et « s'amuser » afin de s'intégrer socialement.

D'après Windlin, Delgrande, Kuntsche (2011) :

La plupart des écoliers et écolières de 15 ans qui ont bu de l'alcool au moins une fois durant les 12 derniers mois le faisaient pour des raisons sociales, par exemple pour mieux apprécier une fête, ou parce que ça devenait plus drôle après lorsque ils étaient avec les autres.

« L'alcool est particulièrement présent lors de fêtes scolaires, dans ces moments-là, mais on n'a pas des élèves alcoolisés tous les jours. » (Interview 4, L.56).

« C'est quand même plus rare les élèves qui s'alcoolisent seuls dans un coin. » (Interview 4, L.134).

Mais à côté du côté festif et de la curiosité de la découverte, il y a une problématique récurrente qui ressort de nos lectures et des entretiens. La consommation à répétition dans le but de toujours aller plus loin parce que l'adolescent n'arrive pas à établir une limite.

« Ce que je trouve vraiment inquiétant c'est la quantité et la façon dont l'alcool est consommé. » (Interview 5, L.325).

« C'est vrai que c'est des fêtes avec de la vodka [...] avec une grosse quantité d'alcool, c'est quelque chose dont ils ont un peu de peine à voir l'impact que ça peut avoir. » (Interview 2, L.45).

« Le problème c'est qu'il y a une consommation différente d'alcool avec les « bingedrinking ». » (Interview 3, L.220).

Notons qu'à travers les entretiens il y a malgré tout, des cas rares qui ressortent ; où les adolescents sont dans des situations complexes et leur consommation démontre une problématique familiale ou de mal-être. « ...Les élèves qui consomment de l'alcool pour se remonter le moral, pour oublier des problèmes ou parce que cela les aide lorsqu'ils se sentent déprimés ou nerveux, sont proportionnellement moins nombreux. » (Windlin, Delgrande, Kuntsche, 2011).

Dans nos interviews, nous pouvons relever que plusieurs infirmières relèvent des situations auxquelles elles ont été informées et/ou confrontées :

« Une enseignante qui est venue me dire que deux de ses élèves étaient venus dans son cours 2 jours avant complètement ivres » (Interview 7, L.30).

« Une élève de classe d'accueil d'origine colombienne qui s'était vraiment faite influencer par son amie, qui étaient sorties à la pause de midi et avaient bu exagérément [...] c'est très différent des cuites, des jeunes qui boivent exagérément pour s'amuser » (Interview 7, L.39).

« (Par rapport au cannabis) Il y en a qui prennent ça comme médication pour supporter l'école par exemple. Et il y en a d'autre ils en prennent une fois et c'est fini. » (Interview 3, L.35).

« Le pétard qui se fume et puis l'élève est pas bien, ce genre de chose [...] plus dans des situations scolaires difficiles, les ruptures scolaires, des élèves qui ont besoin de fumer avant de venir au cours parce que tout va mal. » (Interview 4, L.58).

Par ailleurs, rappelons que la consommation couplée avec diverses substances psychotropes (alcool, cannabis et tabac) est courante chez les jeunes. Cette polyconsommation engendre des conséquences telles qu'une potentialisation des effets, une dépendance plus accrue et un sevrage plus difficile. En effet, il est démontré que plus l'âge d'expérimentation est précoce, plus grand est le risque d'adopter un comportement à risque.

Comme cité dans le cadre théorique, nous pouvons aussi constater que les comportements à risque étaient reliés par la poly-consommation : les fumeurs sont plus susceptibles d'être des consommateurs d'alcool et de cannabis, l'alcool est impliqué dans les relations sexuelles non protégées, les fumeurs de cannabis sont amenés à consommer plus facilement de l'alcool et vice-versa, etc.

Nous allons citer une situation qui a été rencontrée dans l'un des C.O. lors d'une fête, pour mettre évidence la dangerosité de ces consommations à risque:

« Ils étaient entre 6 et 8 élèves dans la pataugeoire, ivres morts et tête en bas, enfin je veux dire ils faisaient des bulles, ils étaient en train de se noyer ». (Interview 4, L.117).

« Les jeunes ont beaucoup de peine à se rendre compte des conséquences, par exemple le nombre fille qui se retrouve le matin dans le lit d'un gars qu'elle ne connaît pas sans savoir comment elle a atterri là, sans savoir ce qui s'est passé. » (Interview 5, L.321).

Ces situations rapportées démontrent que pour l'une l'infirmière a été confrontée à une situation où les jeunes étaient en danger de vie et pour l'autre une situation où la jeune se mettait également en danger car ne réussissait pas à savoir s'il elle avait eu ou non des relations sexuelles.

En reprenant, notre cadre théorique, nous pouvons définir la prise de risque comme la participation active de l'individu dans un comportement pouvant être dangereux. C'est le sujet lui-même qui choisit la consommation mais la plupart du temps il n'a pas conscience du danger qui peut arriver avec sa consommation. Il est important de rechercher les motifs de la consommation et de comprendre ce que le jeune recherche comme sensations. L'aspect motivationnel reste donc une dimension importante dans le décryptage des conduites à risques.

L'adolescence est une période complexe, c'est le carrefour entre l'enfance et l'âge adulte où l'adolescent cherche sa propre identité. D'après Narring & Michaud (2003), « l'enfant va découvrir et affirmer son identité à travers une reconnaissance progressive de ses traits par lui-même et par ceux qui l'entourent, sous l'influence de son environnement. » C'est une étape d'autonomisation durant laquelle le jeune est plus à risque d'adopter des comportements à risque pour explorer ses limites. « ...Pour certains jeunes [c'est] une voie effective pour gagner l'indépendance vis-à-vis du contrôle parental. » (Michel, Purper-Ouakil, et Mouren-Simeoni, p.64).

Les infirmières scolaires illustrent ce qui est dit précédemment par ce qui suit :

« C'est un âge où on expérimente beaucoup de choses mais c'est vrai que ça peut être plus ou moins grave. Et ils pensent qu'ils vont pouvoir se débrouiller eux-mêmes et ils ont tendance à minimiser à ne pas voir le danger [...] ce sont les autres, pas eux. » (Interview 5, L.132).

Dans cette exploration du monde, l'adolescent ne prend pas conscience des risques encourus en fonction de ses actes, il y a un déni accompagné d'un sentiment d'invulnérabilité en lien avec son développement.

« ...Prendre des risques c'est aussi se couper, se séparer du connu, du cadre de sécurité dans lequel nous vivons, en se confrontant à un univers inconnu. [...] Se risquer, c'est s'aventurer, se hasarder. Mais le risque est aussi rattaché tant à la dangerosité de l'activité qu'aux conséquences négatives sur le sujet (perte d'argent, accident, etc.) » (Michel, Purper-Ouakil et Mouren-Simeoni, p.63).

« Et face aussi à leur stade de développement, ils ont des comportements à risque, mais ils les appréhendent pas comme des comportements à risque » (Interview 2, L.167).

« C'est un âge où on expérimente beaucoup de choses mais c'est vrai que ça peut être plus ou moins grave. Et ils pensent qu'ils vont pouvoir se débrouiller eux-mêmes et ils ont tendance à minimiser à ne pas voir le danger [...] ce sont les autres, pas eux. » (Interview 6, L.132).

« Lorsqu'on leur parle de coma éthylique, de finir à l'hôpital ce sont les autres, pas eux. » (Interview 6, L.72)

Nous voulons également rappeler d'après le cadre théorique que l'usage nocif de substances psychoactives (alcool, drogues, tabac) est multifactoriel. Et donc il n'y a pas que le développement de l'adolescent en cause mais aussi les facteurs environnementaux tels

que la famille citée fréquemment lors des entretiens. « Les différents facteurs impliqués peuvent être regroupés en facteurs propres à l'individu, en facteurs comportementaux et enfin en facteurs liés à l'environnement. » (Bantuelle, Demeulemeester, 2008).

« Les comportements à risque ne se font pas forcément à l'école mais plutôt à la maison [...] les élèves veulent dire quelque chose à leurs parents en faisant ça » (Interview 3, L.33).

« Il y avait toujours quelque chose de difficile derrière (problématique familiale), en tout cas pour celles auprès desquelles je suis intervenue. » (Interview 1, L.144).

« ...un jeune homme qui abuse du cannabis mais de manière assez forte au point de venir le matin à 8h en ayant déjà allègrement fumé du cannabis [...] un papa qui est au chômage et qui est dans le déni total [...] et puis il a une mère qu'est gravement alcoolique [...] C'est une souffrance familiale et contextuelle qui est assez énorme et il a rien trouvé de mieux pour s'en sortir que de fumer ce cannabis. » (Interview 2, L.74).

Nous constatons que les ouvrages citent rarement le facteur socio-économique de la famille et nous remarquons qu'en réalité ce facteur n'influence pas la consommation de l'adolescent. En effet, venant d'un milieu aisé ou précaire, l'adolescent consommera de manière différente mais il consommera malgré tout.

« Par rapport à ce qu'on peut croire de l'état socio-économique de la famille etc. que soit des enfants très aisés ou des quartiers très populaires, le cannabis est très présent. » (Interview 6, L.68) .

« Moi je me saoule quand mes parents sont loin le week-end pour jouer au golf. J'invite mes copains, ils voient rien Madame, de toute façon du moment que j'ai des bonnes notes le reste ça leur intéresse pas. » (Interview 6, L.219).

Suite à l'analyse, les faits démontrent que les infirmières expliquent bien les motifs de consommation en lien avec le développement des adolescents en se référant à la théorie et y sont confrontées assez régulièrement. Nous n'avons pas pu distinguer clairement comment les jeunes arrivaient dans l'infirmerie (envoyé par un enseignant, le conseiller social, le jeune qui vient pour des douleurs récurrentes, absentéisme, etc...). Nous constatons qu'elles rencontrent les adolescents présentant des comportements à risque et prennent en compte les facteurs influençant celui-ci.

« Il ne voit pas très bien où est le problème, qu'il soit souvent absent à l'école, que les résultats scolaires c'est la cata, enfin que son avenir est quand même compromis. » (Interview 1, L.86).



« Et face aussi à leur stade de développement, ils ont des comportements à risque, mais ils les appréhendent pas comme des comportements à risque » ( Interview 5, L.167)

Dans les références littéraires, nous avons relevé que les conséquences d'une alcoolisation massive se reflétaient à travers le nombre d'hospitalisation recensé en Suisse. Les infirmières scolaire n'évoquent pas souvent ces conséquences à l'exception d'une qui aborde brièvement : « A l'hôpital, il y a des statistiques que je trouve effrayantes, le nombre de jeunes, très jeunes qu'ils reçoivent en fin de semaine dans des comas ou à la limite. » (Interview 5, L.132).

Ce décalage entre l'école et l'hôpital est étonnant, peut-être est-il dû à la difficulté d'un suivi extérieur de l'école et d'un manque de communication entre l'intra et l'extrahospitalier. Nous pensons qu'elles ne sont pas forcément au courant de ce qui se passe en dehors du C.O., mais que toutefois elles n'ignorent pas pour autant ce phénomène.

Et finalement, nous remarquons que dans un seul entretien, l'infirmière scolaire ne rencontre pas de problèmes au sujet de la consommation d'alcool :

« Pour ce qui est alcool ? Non, je n'ai jamais eu quelqu'un qui était en lien avec ça » (Interview 8, L.27).

« L'alcool ce n'est pas quelque chose qui vient à moi en tout cas, j'en entends pas trop parler, mais je pense bien que c'est réel [...] je pense qu'il y a une consommation qui est de plus en plus précoce » (Interview 8, L.81).

Cette cause est peut-être liée au fait que l'infirmière scolaire n'exerce pas depuis longtemps dans ce domaine spécifique et qu'il faut peut-être d'avantage d'expérience pour repérer ce genre de situation ou encore pour gagner la confiance des élèves et collègues.

## **4.2. Rôle infirmier et prise en charge des adolescents**

Toutes les infirmières interviewées ont une spécialisation dans le domaine de la santé publique ou de la santé à l'enfant et l'adolescent ainsi qu'un certain nombre d'expériences ultérieures dans le métier bien que leur parcours antérieur était souvent très différent.

Concernant le travail dans les Cycle d'Orientation, les infirmières rapportent endosser un rôle d'aide et de soutien, quatre d'entre elles soulèvent leur rôle de transmetteur, de relais. Une infirmière cite « on est un peu une gare de triage [...] on fait une première évaluation puis [...] on essaie de voir quel endroit est le mieux adapté pour les recevoir » (interview 1, L. 127). Elles semblent donc avancer qu'elles prennent peu en charge dans le moyen et long

terme les situations de jeunes présentant des comportements à risque, mais plutôt qu'elles les orientent vers des personnes, des organismes plus spécialisés. Elles semblent avoir peu de contact avec les familles de ces jeunes et travaillent en réseau tout en étant la personne de référence pour le jeune présentant des difficultés. Nous n'avons également pas pu relever l'aspect du dépistage dans leurs rencontres avec les jeunes. Nous n'avons pas posé la question, mais nous nous questionnons sur la raison de cette manière de faire. Est-ce par manque de temps ou parce qu'elles pensent ne pas avoir les compétences nécessaires pour certaines situations ?

Nous observons que le travail en réseau semble bien fonctionner et être un aspect central de la prise en charge du jeune et la prévention pour les infirmières scolaires interviewées. En effet, comme dit plus haut, elles développent particulièrement leur rôle de relais. Elles citent également toutes de nombreux acteurs du réseau interne et externe au C.O., que ce soit des professionnels ou des organisations. Cela montre qu'elles ont une très bonne connaissance du réseau pluridisciplinaire et qu'elles collaborent de façon quasi-systématique avec eux mais cette collaboration semble avoir comme objectif l'orientation du jeune et moins le suivi (comme professionnelle référente) en interdisciplinarité. Dans cette orientation, nous n'avons pas pu identifier sur quelle type d'évaluation elles se basaient pour orienter le jeune vers un autre professionnel (médecin, conseiller social, psychologue, etc.) ou institutions (hôpital des enfants, service de protection des mineurs, etc.). Elles savent reconnaître leurs limites et demander de l'aide et des conseils. Nous émettons l'hypothèse que c'est un aspect de la prise en charge de l'adolescent qui fonctionne de manière adéquate.

Comme exposé dans notre cadre théorique, les infirmières spécialisées sont perçues comme des intervenantes de premières lignes, elles travaillent en étroite collaboration avec les enseignants et les conseillers-sociaux. Leurs rôles étant de dépister des vulnérabilités, des problèmes de santé, identifier précocement les cas de violences, d'abus, de maltraitance, de mal-être, de rupture. Cependant la notion de dépistage ne revient pas dans les interviews. Peut-être que nos questions étaient trop générales et ne poussaient pas à aborder ce sujet. Néanmoins, nous supposons, que le dépistage n'est pas systématiquement présent dans le travail de l'infirmière scolaire au C.O. En effet, elles ne nous disent pas vraiment qu'elles effectuent des entretiens individuels sauf en cas de situations d'urgence ou de prévention secondaire. Une des infirmières expose toutefois certaines situations particulières où elle est amenée à suivre l'élève de manière ponctuelle et sur la durée. Il a aussi été expliqué que l'adhésion du jeune est une des plus grandes difficultés. Les visites de santé qui peuvent avoir lieu en 10<sup>ème</sup> année et qui ne sont plus systématiques ne semblent pas servir d'occasion de dépistage de conduites à risques, l'objectif de ces visites

n'a pas été annoncé comme tel par les infirmières. Nous ne savons pas dans quelles circonstances elles rencontrent les jeunes maintenant que les visites ne sont plus systématiques et quels sont leurs objectifs lors de ces rencontres. Il y a moins d'occasions d'avoir un entretien avec des élèves notamment dans le cadre de la prévention primaire.

Toutefois, deux d'entre elles nomment le fait que les adolescents peuvent consulter pour des problèmes somatiques alors qu'il en résulte un problème sous-jacent.

« Tu sais que les soucis ça fait quand même mal à la tête, ça fait mal au ventre. C'est une tranche d'âge où tu parles beaucoup avec le corps » (Interview 1, L.394).

« C'est plus facile d'aller voir l'infirmière avec des maux de tête dans un premier temps, plutôt que de venir frapper et de dire : je me sens pas très bien, je me pose de questions, je suis un peu triste » (Interview 5, L.189).

Cela montre l'importance du rôle infirmier dans la prise en soin des adolescents dont un des objectifs est le dépistage de situations ou de conduites à risque des jeunes. Cela fait partie du travail infirmier sans qu'elles le précisent explicitement, en effet, elles ne spécifient pas la manière dont elles s'y prennent, elles n'évoquent pas spontanément l'utilisation d'outils tels que des guides lines, des questionnaires ou encore des théories de soins infirmiers.

Il n'est donc pas évident aux premiers contacts avec l'adolescent de dépister et de relever les prises de risque de celui-ci d'autant plus si son motif de consultation est un mal de ventre. Il est toutefois indispensable de repérer les jeunes ayant besoin d'intervention plus spécifique. Comme exposé dans notre cadre théorique, l'outil de dépistage est alors utile car il permet d'explorer aussi bien les habitudes de vie, les compétences que les difficultés des jeunes. Les outils ont donc leur place dans le travail auprès des adolescents pour le dépistage des situations à risque mais ils peuvent également servir de support aux professionnels de la santé pour la prise en charge de ceux-ci, permettant ainsi de replacer l'adolescent dans son contexte bio-psycho-socio-culturel. Le risque de la mauvaise utilisation de ces outils est de tomber dans la catégorisation des jeunes et, de ce fait, de proposer une prise en charge trop systématique plutôt qu'adaptée à la personne en prenant en compte son contexte large. Un autre biais peut être le fait que l'adolescent ne dise pas forcément la vérité aux questions. Toutefois l'outil permet quand-même d'informer le jeune et l'inciter à réfléchir et se questionner sur sa consommation (Meynard, communication personnelle [Notes de cours], mai 2013).

Les avantages de l'utilisation d'un questionnaire standardisé sont nombreux, tout d'abord, il permet le dépistage rapide des situations à risque chez l'adolescent. Puis, il ne laisse pas

place au biais de jugement sur le look du jeune par exemple. Ensuite, il permet de ne pas passer à côté de certains sujets soit parce qu'ils sont oubliés, soit parce que ce sont des sujets délicats et que les soignants n'osent pas forcément les aborder directement. Enfin, il permet au professionnel de se baser dessus quand il parle au jeune. Il est clair que ces outils sont des guides et que la forme de l'entretien, de la communication demande des compétences relationnelles qui permettront à l'infirmière de construire un lien de confiance afin que le jeune bien, non jugé afin qu'il puisse revenir la voir.

La majorité des infirmières interviewées ne nous ont pas communiqué qu'elles utilisaient d'outils. Trois infirmières exposent ne jamais avoir entendu parler d'outils. Par ailleurs, elles mettent en avant leur expérience comme meilleur moyen de dépistage. Nous émettons l'hypothèse que les infirmières scolaires du cycle évaluent en fonction de leur expérience et leur « feeling » comme étant un meilleur outil d'évaluation de l'état du jeune que les outils de dépistage.

« Le travail c'est une question d'expérience, ça dépend comment le jeune arrive il y en a qui arrivent qui ne vont pas bien mais qui ne disent rien, c'est l'évaluation qui va nous faire penser à certaines choses. » (Interview 3, L.130).

En réalisant ce travail et en lien avec nos convictions, nous étions persuadées que l'expérience et le feeling étaient des éléments sur lesquels on pouvait s'appuyer et que les outils pouvaient se montrer superflus. Toutefois, une étude finlandaise réalisée par Pirskanen, Pietilä, Halonen et Laukkannen en 2004 démontre que le « feeling » n'est pas un bon prédicateur de l'évaluation de l'état de santé du jeune, peu importe l'expérience de l'infirmière. Elle avait pour but d'examiner les facteurs de risque et les facteurs protecteurs liés à la consommation de substances psychoactives chez les adolescents et l'habileté des infirmières scolaires à identifier ces dit-facteurs et à apporter une intervention précoce. Pour ce faire la population de l'échantillon (326 adolescents âgés de 14 à 18 ans) devait remplir un questionnaire sur leur contexte de vie et un autre évaluant leur consommation des stupéfiants. Le questionnaire ADSUME (Adolescents' Substance Use Measurement) utilisé consistait en 17 questions sur la quantité et les conséquences de la consommation de tabac, d'alcool, de colle, de drogues, de produits pharmaceutiques et d'alcool mélangé avec d'autres substances psychotropes. D'autres questions concernant le contexte de vie des adolescents ont été posées, elles traitaient de la relation avec les parents, le soutien des proches, les hobbies, les amis, la disponibilité des stupéfiants mais aussi des connaissances de l'adolescent sur le sujet. Après l'accord des adolescents, une copie de chaque réponse au ADSUME était envoyée à l'infirmière de l'école concernée. Celle-ci évaluait la nécessité d'une intervention et complétait un questionnaire concernant chaque adolescent en se

basant sur ses réponses et aussi sur les entretiens santé effectués auparavant. Leur questionnaire comprenait des questions sur leur préoccupation pour l'adolescent et sur les interventions nécessaires. Puis, ces données étaient comparées avec les réponses des adolescents. Cela permettait d'estimer la bonne évaluation infirmière des adolescents durant ces entretiens annuels. L'étude montre aussi l'utilité d'un outil qui concerne non seulement la consommation de substances ou d'autres prises de risques mais également le contexte de vie de l'adolescent afin de faire ressortir des situations problématiques ou au contraire celles favorable à un bon développement. Les entretiens de santé seuls ne suffisent pas à l'infirmière scolaire pour avoir une vision objective et réelle des adolescents.

Un des aspects important dans le dépistage est le concept de bientraitance. Dans la prise en soins des adolescents, on se doit d'être dans un contexte de respect de la personne et de son histoire, de sa singularité, mais aussi de promouvoir l'expression de ses droits et ses choix en le rendant acteur de sa prise en soin. Il est également important que le soignant aie une intention positive et qu'il agisse en fonction de celle-ci. « La posture professionnelle de bientraitance est une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus. Elle ne peut se résumer à une série d'actes. » (ANESM, 2008, p.15).

Pour que l'accompagnement soit optimal il faut donc promouvoir l'autonomie de l'adolescent en l'informant, aller au rythme de la personne en connaissant ses besoins, et ne pas oublier de prendre en compte l'entourage de la personne. (ANESM, 2008).

Pingoud (2004) expose dans son référentiel de compétence des infirmières scolaires que « leurs activités se partagent entre des tâches fixes (visites de santé, entretiens avec les familles, vaccinations, dépistages, administration...), un mandat d'éducation et de promotion de la santé plus large et moins strictement défini dans ses modalités, ainsi que des situations diverses et imprévisibles (urgences, cas de détresse sociale, atteintes à l'intégrité physique et psychique, intégration des enfants avec handicap, etc.). Leur programme découle de législations cantonales. » (p.226).

Le rôle que les infirmières interviewées décrivent correspond de manière générale à la charte du SSJ. En effet, elles doivent répondre aux besoins des enfants et des jeunes par des actions de promotion de la santé et de prévention, ceci dans le but de favoriser les apprentissages de l'élève. Elles travaillent en partenariat avec les parents, les établissements scolaires et les institutions accueillant des mineurs. Elles ont également un rôle primordial d'observation de l'évolution de la santé des enfants et des jeunes sur un plan physique, psychique ou social. En d'autres termes les infirmières scolaires se doivent d'avoir

des compétences telles que l'écoute, la prise de décision, le rôle d'accompagnement, d'orientation, d'évaluation et de dépistage.

Pingoud met aussi en avant les compétences sociales et relationnelles, de communication et d'information, pédagogiques, les compétences infirmières spécifiques et les compétences d'organisation et de gestion comme étant indispensables au travail de l'infirmière scolaire. Les infirmières interviewées exposent, quant à elles, des compétences relationnelles et d'entretiens tels que l'empathie et l'écoute active.

Les infirmières n'ont pas mis en évidence les compétences spécifiques pour mener à bien un entretien. Elles sont toutefois nécessaires, notamment lors de l'utilisation de l'entretien motivationnel. Le but premier étant d'informer les adolescents afin que ces derniers trouvent par eux-mêmes des solutions pour changer leur comportement. Le professionnel qui va mener l'entretien doit être capable de créer une alliance thérapeutique avec son patient afin de trouver des solutions et l'accompagner dans la résolution du comportement problématique par l'acceptation et le changement.

Trois infirmières utilisent l'expression « semer des petites graines » concernant la prévention. Elles expliquent ça par une transmission d'informations pas forcément bénéfique sur le moment mais qui pourrait plutôt engendrer une réflexion sur le long terme.

Un autre point essentiel pour bien prendre en soin les adolescents est le fait que les professionnels de la santé se doivent d'avoir en tête les étapes de développement physique et psychosocial de l'adolescent afin de mieux se représenter les difficultés auxquelles un jeune doit faire face et replacer les événements dans leur contexte. En effet comme vu dans le cadre théorique, les stades de développement ne sont pas identiques entre 12 et 15 ans.

Une infirmière nous parle du développement de l'adolescent comme étant un aspect important à prendre en compte lors des visites de santé. Une autre également définit la santé comme une dimension bio-psycho-sociale et de ce fait la prise en soin de l'adolescent doit se faire de manière globale.

En ce qui concerne la collaboration avec les parents, elle semble différente pour chaque infirmière mais de manière générale, elles rentrent toutes en contact avec les parents dans des situations plus complexes par exemple, lors d'absentéisme scolaire, dans l'objectif de renforcer le rôle parental.

« Et donc en fait c'est de travailler avec les parents sur comment reprendre leur rôle parental de mettre des limites pour la santé et la sécurité de leur enfant. » (Interview 2, L.201).

La collaboration avec les parents n'est pas toujours évidente, l'une d'entre elle expose que les parents sont souvent dans le déni et dans la banalisation et qu'ils sont parfois impuissants face à la situation de leur enfant.

Pour conclure, nous constatons que certaines compétences se développent à travers l'expérience dans différents domaines infirmiers et/ou lors de formation post grade. En lien avec nos recherches, nous avons constaté qu'aussi étendue qu'elle soit, l'expérience ne suffit pas toujours à avoir une vision objective de la situation. Les infirmières mettent en avant leur rôle comme étant un relais entre différents acteurs du réseau. C'est un aspect de leur travail qui semble d'ailleurs bien développé. La manière dont elles dépeignent leur rôle semble correspondre à la charte de l'infirmière scolaire décrite par Pingoud. Cependant, l'aspect du dépistage lors des entretiens individuels et l'utilisation d'outils qui permet une évaluation optimale de la situation pour pouvoir ensuite l'orienter vers des structures si besoin ne paraît pas être approfondi.

### **4.3. Prévention**

Dans la littérature, nous pouvons reprendre la définition de la prévention suivante :

Par définition, la prévention englobe l'ensemble des mesures destinées à diminuer l'incidence d'une maladie dans la population, et donc à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas. En matière de santé mentale, la prévention peut ainsi être définie comme l'ensemble des mesures visant à éviter que l'enfant ne s'engage dans un processus développemental conduisant l'émergence de troubles caractérisés, ou encore visant à essayer d'enrayer ce processus pour les enfants présentant déjà des signes de vulnérabilité. Autrement dit, la prévention en matière de santé mentale aura pour but à la fois de réduire les facteurs de risque et d'optimiser les compétences de l'enfant et de l'adolescent en termes de stratégies de défense et d'adaptation. Toute action de prévention doit donc démarrer tôt, avant ou au moment de l'apparition des premiers symptômes, et avoir une certaine persistance dans le temps. (Bailly, 2009, p.176).

A travers nos lectures, nous constatons que nous pouvons distinguer trois types de prévention.

La prévention primaire qui comprend les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, ainsi à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas. En d'autres termes, la prévention primaire permettrait de retarder la première consommation d'alcool des enfants-adolescents.

Suite à nos entretiens, nous constatons que la prévention primaire se fait majoritairement en collectivité et est spécifique aux tranches d'âges (selon l'année d'étude) puis elle est accompagnée de divers intervenants spécifiques au sujet :

« Ce que j'ai fait plusieurs fois dans les cycles avec le groupe santé, il y a le doyen qui est responsable, la FEGPES, l'éducatrice et les conseillers sociaux, l'idée est de promouvoir, d'organiser certaines activités selon les besoins qu'on en retire etc. Et les dernières années, on avait fait beaucoup avec le théâtre forum caméléon, les relations filles garçons et l'alcool. Donc moi j'intervenais aussi après dans les classes avec la FEGPES pour parler de l'alcool et des autres abus de substances » (Interview 2, L.53).

« Il y'a toutes sortes de choses qu'on peut mettre en place et puis les enseignants peuvent aussi venir demander. » (Interview 4, L.293).

« On a présenté déjà ce qu'était l'alcool, les effets que ça pouvait avoir, les conséquences, on leur a montré des films assez violents de comas éthyliques, d'élèves qui ont fait des lavages gastriques, en phase létale et tout ça. Je trouvais presque un peu violent mais ça marque ! Donc on a fait une partie théorique et dans la deuxième partie on avait des photos, type photo-langage avec plein de situations à risque ; la violence, les prises de risque sexuelles... Et on les a fait discuter en petits groupes là-dessus et la dernière étape que je n'ai pas trouvée très utile, on leur a fait calculer leur taux d'alcoolémie en fonction du sexe et du poids » (Interview 7, L.216).

Ce qui ressort de nos entretiens, c'est que l'infirmière scolaire ne travaille pas seule mais collabore généralement avec des intervenants quant à la prévention collective. Elle fait appel à des spécialistes pour mener un projet de prévention et est à disposition des élèves après leur passage pour répondre à leurs questions.

Deux des huit infirmières que nous avons interviewées abordent ce sujet, néanmoins nous savons d'après l'expérience de nos stages que les cours de premiers secours sont obligatoires en 10<sup>ème</sup> Harmos. Ils se déroulent sur une semaine, et l'infirmière scolaire intervient en partenariat avec les maîtres de gymnastique. Ce cours permet aux élèves entre autre de s'exprimer au sujet de l'alcool en partant de leurs connaissances et également de mettre en pratique les premiers gestes de secours.

« ...je fais ça dans le cours de 1er secours, position latérale de sécurité, massage cardiaque, à ce moment-là j'aborde le sujet je le fais très directement. Si les élèves ne sont pas bien si ils ont fumé ou bu de l'alcool alors à ce moment je le fais individuellement. » (Interview 3, L.185).



Ce cours permet aussi de démystifier la crainte des répercussions sociales car nous constatons qu'il s'agit d'une barrière pour l'élève de demander de l'aide autant auprès des parents, que des enseignants. Ces derniers représentent l'autorité et les adolescents ont peur des représailles. Lors de nos stages durant les cours de premiers secours nous avons pu remarquer qu'en questionnant les élèves sur la connaissance du numéro des ambulanciers, tous ne pouvaient pas répondre. Et pour ceux qui connaissent le numéro, il était nécessaire de rappeler comment l'utiliser.

A travers les cours de 1<sup>er</sup> secours : « Pour éviter les décès par abus d'alcool, c'est important de savoir ce qu'il faut faire avec un camarade qui a bu, qu'on ne le laisse pas tout seul dehors dans le froid. » (Interview 7, L.241).

En effet, certains appellent le 144 puis s'enfuient et parfois même raccrochent avant même d'avoir donné toutes les informations nécessaires.

« Les contenus du cours (de prévention) pour moi c'est important de les connaître. Parce qu'une fois qu'elle (FEGPES) part, qui est-ce qui va affronter les élèves qui ont des doutes dans son cours ? Parce qu'elle passe et elle passe. Donc après c'est moi qui doit être au front en individuelle. » (Interview 6, L.531).

Après ces cours de premier secours, la prévention individuelle se fait surtout par l'infirmière scolaire présente pour les questions éventuelles des élèves et elle veille parfois à rappeler ces notions dans un contexte de situation à risque.

Comme cité dans le cadre théorique, les jeunes consultent les professionnels de la santé (médecins de premiers secours, médecins traitants, infirmières scolaires) le plus souvent pour des motifs somatiques ou pour un bilan. Il n'est donc pas évident au premier abord de mettre en avant les prises de risque de l'adolescent. Il est toutefois indispensable de repérer les jeunes ayant besoin d'interventions plus spécifiques.

« Dans le cycle il y a deux genres de missions, les missions individuelles où tu rencontres les élèves pour des problématiques sociales ou psychologiques en santé mentale et après tu as la dimension collective où tu vas vers les élèves tu fais de l'information » (Interview 8, L.34).

Ainsi, la prévention primaire peut se faire de manière collective c'est à dire par des campagnes de prévention souvent menées dans les C.O. mais aussi de manière individuelle sous forme d'entretiens.

Ensuite dans les actions de prévention, nous retrouvons la prévention secondaire qui comprend « tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie». Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes. (OMS, s.d.).

« Et donc en fait c'est de travailler avec les parents sur comment reprendre leur rôle parental de mettre des limites pour la santé et la sécurité de leur enfant. » (Interview 2, L.201).

« On est un peu une gare de triage [...] on fait une première évaluation puis [...] on essaie de voir quel endroit le mieux adapté pour les recevoir. » (Interview 1, L.127).

« J'évalue la situation, chez un tout jeune faut voir [...] les modalités de la consommation ou si c'est vraiment quelque chose d'acquis. Parce que si je suis dans une problématique qui dure déjà depuis un certain temps je ne vais pas le revoir très longtemps, je vais l'adresser à l'extérieur. » (Interview 7, L.297).

A ce stade, l'adolescent présente déjà des comportements à risque. L'infirmière scolaire va donc l'accompagner et selon la gravité de la situation, impliquer les parents ou le réseau tout en tenant compte de la notion de confidentialité partagée c'est-à-dire qu'elle va estimer ce qu'elle va pouvoir transmettre sans rompre le lien de confiance entre l'adolescent et elle.

« C'est de les orienter vers l'extérieur si il y a besoin et puis de continuer à faire un suivi ponctuel mais c'est vraiment plutôt individuel. » (Interview 2, L.53).

« C'est un travail qui se fait soit seul avec le jeune, soit seulement avec moi le jeune et le médecin sans les parents mais en se voyant régulièrement, une fois par mois en faisant le point avec comment ça se passe à l'école, comment ça se passe à la maison, puis en se disant ok c'est relativement cadré, puis si c'est pas cadré, si c'est quand même un style où il y a une alcoolisation forte, bien oui faut que les parents soient au courant. » (Interview 2, L.214).

Concernant la prévention tertiaire qui comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. « Cette conception étend la prévention au domaine de la réadaptation : elle cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale. » (OMS, s.d.).

Face à ce type de situation, l'infirmière scolaire sera amenée à accompagner l'élève et sa famille en faisant le lien avec une structure adaptée aux besoins nécessaires. Par exemple : un adolescent qui va mal et qui fait un tentamen. Il sera hospitalisé dans un établissement

spécialisé tel qu'à l'UCA, Médecine A2 ou encore à l'unité du Salève. Néanmoins, nous constatons que dans nos entretiens que ces situations restent rares.

Pour conclure, nous constatons que la prévention au C.O. est un moyen important pour prévenir des conséquences qui pourraient venir surtout chez les adolescents :

Comme les périodes de transition et de bouleversement sont fortement associées à une consommation excessive d'alcool, force est de constater que l'adolescence est en soi un facteur de risque à la surconsommation (Alcoholism, 2006). Il n'est donc pas surprenant que ce soit à ce moment-là que la vaste majorité des jeunes font leurs premières expériences de consommation d'alcool. (Sacy, 2011, p.83).

Comme nous l'avons vu précédemment l'adolescence est une période qui peut parfois s'avérer difficile pour certains adolescents. La recherche de sensation fortes, de nouvelles expériences et la prise de risque font partis de la phase de développement de l'adolescence. Il est donc indispensable d'en tenir compte lors d'actions de prévention. Heureusement une grande partie des adolescents ne présente pas de problèmes particuliers mais il n'en demeure pas moins qu'une proportion non négligeable connaît des parcours de vie plus chaotiques.

Les infirmières scolaires qui travaillent au SSJ sont des infirmières qui sont pour la plupart spécialisées en santé communautaire ou santé de l'enfant de l'adolescent et de la famille et bénéficient de plusieurs années d'expériences en milieu hospitalier. Le rôle principal de l'infirmière scolaire est de répondre aux besoins des enfants et des jeunes par des actions de promotion de la santé et de prévention, ceci dans le but de favoriser les apprentissages de l'élève.

Nous émettons l'hypothèse que l'infirmière scolaire travaille la plupart du temps en collaboration avec des intervenants, elle tient alors un rôle de coordinatrice dans les projets et actions menées au sein du C.O. Il y a des situations où l'infirmière se retrouve seule, lors de prévention primaire individuelle et est amenée à gérer la complexité de certains cas par exemple lorsqu'il s'agit d'annoncer aux parents le comportement de leur enfant qui pourrait le mettre en danger. Elles tiennent une part de responsabilité dans la transmission d'informations par rapport au secret professionnel partagé et se doivent de trouver un juste équilibre. De plus, leur rôle est pertinent dans l'orientation externe et par la suite la réintégration de l'élève en classe. Effectivement l'infirmière scolaire intervient dans la classe pour faciliter le retour à l'école d'un absent et éviter de nourrir des rumeurs qui pourraient être délétères.

Sur le terrain, nous avons été confrontées à une situation de ce type. En effet, Il s'agissait d'un jeune qui a été hospitalisé pendant deux semaines pour des raisons d'un contexte social. L'infirmière scolaire est intervenue dans la classe afin de préparer son retour et de discuter de la rumeur et recueillir le ressenti des élèves face à cette situation. Ce type d'intervention permet de rendre les élèves attentifs aux conséquences de leur comportement en l'occurrence des rumeurs et de préparer un accueil bienveillant pour anticiper une rechute.

Nous n'avions pas pensé à cet aspect qui peut s'avérer très bénéfique dans la prévention des comportements à risque. Ceci démontre que les infirmières scolaires sont très actives dans la prise en charge holistique.

#### **4.4. Collaboration pluridisciplinaire**

Nous avons pu établir des liens entre le cadre théorique et les entretiens menés auprès des infirmières scolaires au cycle d'orientation. Concernant ce sujet nous avons pu constater que la théorie rejoint assez bien la pratique puisque de par leur expérience, les infirmières citent les mêmes intervenants. Dans cette grande famille qu'est le réseau pluridisciplinaire, on retrouve alors : les conseillers sociaux, les psychologues, les médecins, les enseignants, les conseillers d'orientation, les doyens et la direction de l'école en ce qui concerne le réseau interne du cycle. Les intervenants externes sont les suivants:

- les Fecpes qui sont des éducateurs à la santé interviennent dans les classes pour la promotion de la santé concernant l'éducation sexuelle, la prévention des comportements à risque
- la Fegpa intervient par exemple lors de journées décroisonnées concernant la prévention des comportements à risque
- la fondation Phénix intervient spécifiquement en lien avec les addictions
- les TSHM, peuvent intervenir lors de journées décroisonnées mais peuvent aussi être sollicités en tout temps par les infirmières scolaires.

Ces dernières sont également amenées à collaborer avec le service de médecine A2, le SPMI, l'OMP, le planning familial et enfin les associations telles que la troupe théâtrale « Caméléon ».

La collaboration se déroule de la façon suivante, premièrement l'infirmière scolaire intervient pour recueillir les informations auprès des élèves envoyés soit par des pairs (cercle d'amis)

soit par les enseignants, les psychologues ou conseillers sociaux. Il s'agit d'une chaîne de relais mise en place par différents collaborateurs du C.O. Elle va alors référer la situation, dépendant de sa complexité à d'autres intervenants du cycle. Il faut savoir que les infirmières travaillent souvent en binôme pour leurs interventions et qu'elles peuvent s'adresser à leur médecin référent.

Les infirmières scolaires collaborent avec un médecin du SSJ auprès duquel elles peuvent se référer et appeler pour qu'il intervienne dans le cycle si elles se sentent dépassées par la situation. Il s'agit d'un filet de sécurité pour elles étant donné qu'il représente l'autorité médicale.

« Je demanderai au médecin de venir une fois avec moi parce que, surtout dans ces populations-là quand même assez précarisées, le médecin ça reste le médecin [...] le médecin peut avoir l'autorité médicale. » (Interview 2, L.50).

Le médecin peut endosser le mauvais rôle pour préserver le lien de confiance entre l'infirmière et l'élève notamment lorsqu'il s'agit de prévenir les parents contre la volonté de l'adolescent.

Ensuite, chaque cycle effectue en son sein des réunions hebdomadaires durant laquelle ils échangent des situations complexes, se consultent et se soutiennent entre professionnels. Ils abordent les sujets qui ressortent le plus fréquemment et mettent en place soit des projets de prévention collective, soit ils font appel à des collaborateurs externes au C.O.

La collaboration interne de l'équipe psycho-medico-sociale se base sur le secret professionnel partagé ainsi que la confiance développée et consolidée par le temps et l'expérience. Le principe fondamental étant basé sur le bien-être de l'étudiant.

Une des infirmières rapporte le problème de coordination entre les acteurs dans la collaboration pluridisciplinaire. En effet, dû à leur taux d'activité restreint au sein du C.O, elles rencontrent parfois des difficultés à passer le relais dans certaines situations à leur collègue ou de prendre des situations en cours. Toutefois, la plupart trouve qu'il existe une dynamique agréable dans la collaboration pluridisciplinaire.

Notre hypothèse est que la collaboration est importante pour une prise en charge holistique de l'élève. Le rôle de l'infirmière scolaire dans cette dynamique est basé sur la récolte d'information et la transmission des données en tenant compte toutefois du secret médical mais en gardant en tête l'importance du secret partagé pour se soulager et recevoir du soutien de la part de ses collègues. Néanmoins, l'importance de cette collaboration se reflète

surtout à travers la prévention collective qui se crée au sein du cycle. Faire appel à des intervenants externes est une nécessité pour des situations compliquées que l'infirmière et son équipe ne peuvent gérer seuls, parfois il faut référer l'adolescent à un service externe au C.O et spécialisé selon le type de problématique.

Dès son entrée en fonction l'infirmière scolaire doit faire preuve de compétences telles que l'adaptation, l'ouverture d'esprit, le travail en équipe et le positionnement professionnel afin d'intégrer une équipe pluridisciplinaire.

#### **4.5. Secret médical - Confidentialité**

Au travers des écrits et des entretiens, nous constatons qu'il est nécessaire d'établir un cadre au début de l'entretien avec l'adolescent, par rapport à la confidentialité. Dans tous les cas, il faudra expliquer que l'information peut être transmise en cas de dangers pour lui-même ou autrui. Le secret partagé permet donc à l'infirmière de recevoir du soutien selon la complexité de la situation de la part de ses pairs.

« Les soignants pourront garantir au jeune la notion d'un secret médical limité, qui implique le maintien de la confidentialité à condition qu'il n'y ait pas de risque majeur d'un danger pour lui-même ou pour autrui. » (Caflisch & Chappuis-Bretton, 2003).

La plus grande inquiétude chez ces adolescents qui ressort de la théorie et de la pratique est donc, la divulgation des informations aux parents. D'où la nécessité d'établir un lien de confiance en abordant ce sujet en début d'entretien et en insistant sur le partage du secret selon niveau de gravité. Dans les deux cas, il faudra faire en sorte de ne pas agir « derrière le dos » de l'adolescent ce qui risquerait de trahir le lien de confiance existant.

« Je demande toujours la permission, je dis que moi je travaille avec mes collègues [...] pour qu'on m'aide, qu'on me donne un coup de main, je leurs dis, j'ai besoin de partager [...] Et ça ils acceptent plutôt volontiers, après ce qui est plus difficile c'est la famille, c'est là où on jongle avec le secret qui appartient au jeune et à partir du moment où ils ont la capacité de discernement... » (Interview 6, L.245).

Rappelons qu'en Suisse, on ne considère pas qu'un enfant de moins de 12 ans soit capable de discernement. Néanmoins, dans le cas de l'adolescence cette capacité doit être évaluée au cas par cas et à chaque entretien. Chaque soignant est donc tenu au secret médical mais doit penser avant tout au bien-être de l'élève tout en privilégiant son autonomie.

«...Ils sont mineurs, au cycle ils sont à l'école obligatoire, donc on jongle avec leurs droits et leurs sphère à eux et le fait aussi qu'on a un rôle d'adulte de les protéger contre des

comportements à risque, contre des dangers.[...] oui c'est confidentiel, mais suivant ce qu'ils me disent, si j'ai l'impression qu'ils sont en danger, je vais pas garder pour moi, je vais demander de l'aide, je le ferai avec eux, pas derrière leur dos. Parce que ils sont très chatouilleux là-dessus, sur cette histoire de loyauté. » (Interview 2, L.153).

Mais a contrario les parents dont l'enfant est mineur peuvent avoir accès à ces informations, et parfois dans certaines situations l'annonce peut résoudre le problème.

« On peut pas résoudre ce type de problème sans la famille, surtout avec des enfants mineurs, c'est exclu ! ». (Interview 7, L.91).

Parmi les entretiens que nous avons menés auprès de 8 infirmières à Genève, 6 sur 8 ont abordé le thème de la confidentialité et du secret médical. Et 4 des 6 se rejoignent sur l'importance du cadre de confidentialité à établir avec l'adolescent dès le début de l'entretien. Ils ont pu partager des anecdotes sur la pertinence de cet éclairage dans l'établissement d'un lien de confiance avec l'adolescent.

Le dilemme entre l'aspect légal et la réalité du terrain est constant et différent pour chaque situation. La création d'une alliance thérapeutique est nécessaire pour que l'adolescent fasse confiance aux soignants pour que ces derniers puissent répondre spécifiquement à leurs besoins. Notre hypothèse est que les infirmières interviewées ont bien assimilé l'importance du secret médical dans la prise en charge du jeune. Elles ne parlent toutefois pas de la notion de capacité de discernement car elles mettent plus en avant la notion de mise en danger de l'adolescent.

« [...] tu veux pas qu'on appelle tes parents [...] mais comment moi en tant qu'infirmière, je peux ne pas appeler tes parents quand t'es dans cet état là... Y'a toujours ce soucis de confiance ou de loyauté à soigner et essayer de bien argumenter pour qu'elle comprenne bien que si on appelle les parents [...] c'est plus pour la protéger que pour la mettre en danger. » (Interview 1, L.191).

Comme le cite Meynard dans son ouvrage :

« Si l'on sait que les adolescents ne consultent pas volontiers, veulent souvent une réponse rapide et éviter d'attendre, qu'ils ne font pas forcément confiance aux soignants, on sait également que la possibilité d'avoir accès à des soins confidentiels favorise la création d'une alliance avec le jeune et des soins efficaces. »

Cette ambivalence, propre au développement de l'adolescent se retrouve également d'après les motifs de consultation. Ils ont envie de partager quelque chose, alors cela va passer par

des maux de ventre chronique, des céphalées. L'infirmière dans son dépistage essaiera d'approfondir sur la véritable raison de la consultation en adaptant l'entretien motivationnel à la situation en tenant compte de la notion de confidentialité.

En effet, lors des séminaires que nous avons eu dans le module « dépistage comportement à risque adolescent » nous étions confrontés à de jeunes personnes venant consulter pour des raisons somatiques telles que la fatigue, des maux de ventre ou des céphalées. Hors il s'avérait que le motif s'étendait bien au-delà, plus profond et concernait souvent la famille. Pendant ces entretiens que nous menions nous avons constaté l'importance de poser un cadre de confidentialité, cela mettait à l'aise les adolescents et permettait de nous positionner en tant que soignant. Nous avons également pu voir comment ne pas divulguer l'information aux parents selon les situations et comment travailler en partenariat avec l'élève en l'encourageant à parler à ses parents et en évitant les réflexes correcteurs et le jugement. En évitant de nous positionner comme un parent...

La grande difficulté qui ressort par rapport au secret médical est lorsqu'il s'agit d'en informer les parents. Elles peuvent se retrouver dans des situations familiales méconnues, des contextes de consommation chez l'adolescent qui sont en lien direct avec la famille. Et parallèlement des familles qui ne se doutent de rien donc on ne peut pas prévoir à l'avance la réaction que celle-ci va avoir par rapport à leur enfant. Annoncer ce genre d'information à la famille peut les mettre en état de choc, de frustration, d'incompréhension, d'impuissance ou encore de colère.

Il faut toujours en avoir parlé à l'adolescent au préalable, puis en soutien avec les collègues si les infirmières sont dans l'incertitude. Il faudra prendre les précautions nécessaires avant l'annonce. Et dans des situations où l'adolescent ne met pas sa vie en danger ou celle d'autrui, le secret est discuté sur le long terme avec l'adolescent.

« Appeler les parents. C'est ça la grande difficulté [...] Puis après je suis pas chez eux donc je sais pas ce qui peut se passer non plus. Qu'est que ça peut déclencher. Donc c'est toujours délicat. » (Interview 1, L.207/L.217).

Dans au moins trois des entretiens que nous avons menés, nous avons pu constater que les situations où les adolescents qui viennent se confier et reviennent sur leur parole est courante lorsque l'hypothèse d'en parler aux parents émerge. Dans les consultations, la plupart du temps ils viennent voir l'infirmière car ils savent que le secret médical existe.

« Puis la fille me dit « non non non faut que vous veniez vous, vous avez le secret médical » donc ils étaient venus vers l'infirmière, pas vers un enseignant » (Interview 4, L.112).



Cette rupture de confiance survient lorsque le confident (l'infirmière) propose d'informer les parents sur une situation qu'ils jugent importante et dangereuse pour l'élève. C'est en lien avec le développement de l'adolescent, ils viennent se confier parce qu'ils pensent pouvoir résoudre leur problème seul, que le soignant va trouver la solution ou encore qu'ils se trouvent dans un conflit de loyauté ou peut-être qu'ils souhaitent garder leur jardin secret. C'est une façon pour eux de s'autonomiser et faire appel aux parents peut les ramener en arrière dans leur démarche d'indépendance ainsi ils peuvent penser qu'ils sont pris pour des enfants.

« La difficulté d'en parler aux parents [...] la tendance au retrait après une première révélation [...] ils ont tellement peur qu'on en parle aux parents [...] la notion de confidentialité est très importante » (Interview 7, L.278).

« Il ne faut pas non plus oublier qu'ils sont dans une période de développement dans laquelle ils cherchent à s'autonomiser en s'attachant à trouver des solutions par eux-mêmes. Ceci est parfois interprété à tort comme un refus de soins ou un manque de collaboration. » (Narring, Meynard, 2008).

Donc la rupture dans le lien n'est pas causée par une mauvaise volonté mais semblerait plutôt liée à un sentiment de déception que l'adolescent pourrait ressentir. Il en va de sa fierté, il s'agirait de remettre en doute leur capacité à résoudre les problèmes par eux-mêmes, ils peuvent se sentir infantilisés, une étape qu'ils aimeraient quitter.

Enfin lors des entretiens menés, nous constatons qu'une seule infirmière énonce une difficulté par rapport au secret partagé notamment avec la hiérarchie :

« La difficulté principale, mais j'inclus que mon cycle, c'est être très vigilant par rapport à ce que tu transmets à la direction du cycle, aux doyens. [...] ils ont toujours cette curiosité, cette volonté d'en savoir un peu plus et nous on a quand même un secret de fonction, un secret médical [...] au sein de l'équipe médico-sociale on sait que le secret est bien gardé mais t'as intérêt à être vigilant à ce que tu transmets et comment tu le transmets, le contenu surtout parce que ça va vite, il peut y avoir une rupture de confiance avec l'enfant et la famille du fait qu'il y a une fuite d'information » (Interview 8, L.146).

On voit dans cette analyse que traiter avec un adolescent relève parfois du défi, premièrement pour qu'il vienne consulter, ensuite pour l'amener à se confier et enfin résoudre le problème avec sa collaboration voir celle de sa famille. Dans son développement et sa quête de l'autonomie l'adolescent rencontre plusieurs difficultés dans sa vie. Premièrement il y a le besoin de pouvoir tout résoudre seul, afin de se prouver à lui-même

qu'il en est capable sans l'aide de personne. Le moment où il vient consulter est souvent lié à la présence de comportement à risque que celui-ci va commencer à présenter pour pallier à ce problème qu'il n'arrive pas à gérer seul. Venir consulter est un grand pas pour lui, surtout s'il fait la démarche seul mais souvent, les adolescents sont envoyés par un professeur et n'ont donc pas de demandes ainsi le défi est grand : il faut pouvoir établir un lien de confiance et démontrer que l'on peut être une ressource pour eux.

Ensuite, il y a la façon d'énoncer les faits. L'élève ne va pas droit au but, il va trouver des excuses somatiques pour venir consulter car une fois encore, pour lui il s'agit d'une façon détournée de chercher de l'aide tout en essayant de régler le problème par lui-même. C'est la première étape, une fois qu'il est là, il doit se sentir en confiance, pris au sérieux et il est important pour lui d'entendre que ses parents ne seront pas mêlés au problème sans son accord. L'importance de la notion de confidentialité chez un adolescent est prépondérante lors d'un entretien. Il a besoin d'être reconnu à sa juste valeur, comme un adulte. C'est la première fois de sa vie qu'il est confronté à un problème qui ne peut pas être résolu par quelqu'un d'autre que lui. Cette démarche vers l'autonomie est à prendre très au sérieux par l'infirmière car l'alliance thérapeutique en dépend sachant que la prise en soin d'un adolescent est très difficile car il faut gérer l'ambivalence entre besoin de parler à quelqu'un et le besoin de régler le problème seul.

Lors des séminaires nous avons pu voir que les adolescents se sentaient plus en sécurité lorsqu'on abordait le secret médical, même avec les limites. C'est une façon de faire entendre à l'adolescent qu'il a la responsabilité de ses actes et dires. La notion de confidentialité favorise l'autonomisation du patient et elle est le but recherché par et auprès des adolescents dans leur prise en soin et dans le dépistage des comportements à risque.

## 5. CONCLUSION

Au départ, lorsque nous avons entrepris ce travail, nous avions une question de recherche qui nous a servi de fil conducteur pour l'élaboration de notre projet : « *Quel est le rôle des infirmières scolaires dans le dépistage, la prise en charge et la prévention de la consommation d'alcool et de cannabis chez les adolescents âgés de 12 à 15 ans ?* » A partir de cette interrogation, nous avons commencé nos recherches en ciblant ces mots clés.

Notre thématique porte en partie sur les consommations excessives d'alcool et de cannabis. Ce choix a été conforté en avançant dans notre travail car nous avons pu relever la pertinence de ces deux produits problématiques parmi les comportements à risque des adolescents de 12 à 15 ans. Effectivement, ce sont les deux substances qui posent le plus de problèmes dans cette tranche d'âge selon les statistiques et d'après l'expérience des huit infirmières que nous avons interviewées. L'abus d'alcool et de cannabis sont les plus fréquemment rencontrés dans les cycles d'orientation. Depuis quelques années, il n'y a plus de visite de santé systématique dans les cycles d'orientation. Ce choix a été fait afin de mieux cibler les interventions auprès des adolescents en difficultés et nécessitant une prise en soins. Cela induit une différence des pratiques infirmières et par conséquent du dépistage. Nous n'avons pas pu identifier au cours de nos entretiens sur quels critères les infirmières s'appuient pour identifier un adolescent en difficulté et comment elles rencontrent ces jeunes à l'infirmerie.

Au fil de l'élaboration de notre travail, nous avons pu constater que plusieurs thématiques en lien avec notre questionnement de base s'ouvraient alors à nous. D'autres questions sont venues s'ajouter à notre sujet initial et nous ont permis d'avancer dans nos recherches et d'avoir un contenu plus large et précis sur la prise en charge des adolescents présentant des consommations abusives : Dans quel cadre les infirmières scolaires dépistent-elles ces comportements à risque ? Comment abordent-elles le sujet ? Dans quel contexte sont-elles amenées à transmettre des informations et à qui ? Jusqu'où s'étend leur rôle ?

### 5.1. Résultats

Au départ, nous n'avions que peu d'information sur le rôle des infirmières scolaires et encore moins sur leur méthode de travail auprès des jeunes. Nous pensions que le fait que les adolescents pris en charge soient mineurs entraînait des difficultés en termes de confidentialité vis-à-vis des parents.

Nous avons été surprises de constater que le secret professionnel peut être partagé auprès de collègues mais également avec la famille dans certains cas, généralement lorsqu'il y a danger pour le jeune ou pour autrui.

Cet aspect de confidentialité est un point prépondérant dans notre travail, en effet, grâce aux interviews que nous avons menées mais également aux séminaires auxquels nous avons participé, nous avons pu voir la pertinence du secret professionnel dans le dépistage des consommations abusives chez les adolescents. Dans la théorie comme dans la pratique ce sujet est longuement abordé et nous avons pu constater que bien que l'adolescent soit mineur il reste l'acteur principal de sa prise en soin. En effet, le soignant le responsabilise dans cette démarche de dépistage et nous avons pu observer que cette méthode non seulement éthiquement correcte était d'une utilité incontestable dans les entretiens.

La complexité du développement de l'adolescent est un aspect primordial pour la prise en soin de celui-ci, il est donc utile à connaître pour notre futur en tant que soignantes. De plus, avoir des notions de base à propos de cette tranche d'âge (12-15 ans) et les grandes étapes qu'elle regroupe a facilité notre analyse des consommations abusives auprès de cette population. Ce sont surtout les articles qui nous en ont informés mais nous avons eu la chance d'avoir un cours en santé mentale et un complément pratique grâce à un module enseigné cette année.

Aussi fragile que cette période de transition soit chez les adolescents, bien que nous nous en doutions, nos recherches nous ont aussi permis de souligner d'autres facteurs entrant en compte dans ces consommations. Nous imaginions la notion de co-occurrence, elle a été confirmée et a pu être approfondie par les ouvrages théoriques, les interviews et la pratique. Nous savons désormais que la prise en soin d'un adolescent doit se faire de manière holistique et non uniquement focalisée sur le développement de l'adolescent. Cette restriction peut fausser le résultat du dépistage en favorisant une rupture de confiance par des réflexes correcteurs ou la négligence de l'interlocuteur.

Dans toute prise en soin et spécialement chez les adolescents, nous avons pu constater que l'autonomie est un point clé dans la prévention des consommations abusives de substances. Ils doivent être pris au sérieux au même titre que des adultes, la création d'un partenariat et d'un lien de confiance étant les éléments majeurs du dépistage et de la prévention.

Les adolescents ne doivent pas être corrigés mais soutenus dans une démarche de changement de leur comportement. Il est important de faire la dissociation entre ces deux termes et cela nous avons pu l'apprécier à travers notre apprentissage dans l'élaboration de notre travail.

Cela rejoint une autre de nos questions en lien avec l'utilisation d'outils d'évaluation : Pour ces situations de consommations excessives, quels sont-ils ? La théorie et la pratique se sont entendues sur plusieurs points. Premièrement, bien qu'il existe des échelles d'évaluation, elles ne sont que très peu utilisées sur le terrain et les avis sur leur usage sont divisés. Deuxièmement, relativement à l'utilisation de l'entretien motivationnel ,exploré en cours, qui a été une grande découverte pour nous dans le dépistage des comportements à risque en général. En effet, cet outil reprend tous les éléments que nous avons pu aborder dans notre travail – à savoir le développement de l'adolescent, la notion de confidentialité, le rôle et la prise en charge infirmière – et contient en lui-même tous les types de prévention (primaire, secondaire et tertiaire). Nous avons eu la chance de l'étudier et de l'utiliser lors de séminaires. Lors des entretiens, les infirmières ne l'ont pas cité spécifiquement mais nous avons pu identifier des étapes de l'entretien motivationnel, comme la pose du cadre de confidentialité, l'établissement du lien de confiance et le partenariat avec l'élève, dans cinq des huit entretiens menés.

Enfin, nous avons pu souligner que la prévention auprès des adolescents se définit sous deux aspects bien différenciés qui sont : la prévention individuelle et collective. D'après nos recherches et les articles que nous avons lus, nous avons pu remarquer que la prévention individuelle à travers les entretiens était prépondérante dans les écrits. En pratique, l'accent est surtout mis sur la prévention collective auprès des élèves du C.O par une équipe pluridisciplinaire. Cette comparaison est intéressante pour notre travail car les infirmières des cycles que nous avons interviewées ont peu parlé des entretiens individuels réalisés avec les jeunes. Elles notent que la prévention collective n'est pas suffisante et qu'un rappel de ces notions en individuel est nécessaire.

Les infirmières scolaires reçoivent les élèves généralement envoyés par un tiers pour diverses raisons telles que l'absentéisme scolaire ou les douleurs somatiques. Ensuite, elles s'entretiennent avec eux en individuel pour connaître le fond du problème en établissant un lien de confiance. Puis selon la complexité de la situation qu'elles évaluent en fonction de leur expérience, elle réfère l'adolescent à un autre professionnel plus qualifié ou dans un service externe tout en continuant de garder un œil sur le suivi de l'élève. Elles peuvent également demander du soutien au médecin ou à un collègue du C.O tels que les psychologues ou conseillers sociaux avec qui elles travaillent. Nous savons donc maintenant que les infirmières scolaires ne travaillent jamais seules, elles peuvent recourir à une aide externe en cas de situation les dépassant.

Finalement, nous sommes ravies d'avoir pu effectuer ces recherches et surtout de produire une analyse de ces résultats. Nous avons été placées dans une position réflexive par rapport

au rôle de l'infirmière scolaire, la prévention et le dépistage. Il s'agissait d'un milieu peu connu pour nous et le fait de pouvoir établir une comparaison et des similitudes entre la théorie et la pratique nous a permis de nous rendre compte de ce qui était réellement mis en œuvre par les infirmières sur le terrain.

C'est un sujet qui nous a énormément apporté puisque chacune d'entre nous souhaite travailler dans l'avenir auprès des adolescents ou dans la santé publique. Cela nous permet également de prendre conscience de notre propre positionnement en tant que futures infirmières et de celui de l'infirmière scolaire. Ce travail est un outil indispensable pour notre pratique future et permet d'avoir une vision globale d'un domaine qui nous était jusqu'il y a peu de temps méconnu. De plus, rares ont été pour nous les occasions de travailler avec des adolescents dans une perspective soignante et la rédaction de notre travail nous a aidé à nous intéresser davantage à cette prise en soin.

## **5.2. Apports et limites**

Dans un premier temps, nous avons choisi ce sujet parce que nous voulions en connaître davantage sur la profession d'infirmière en milieu scolaire. En débutant nos recherches, nous nous sommes vite rendu compte que très peu d'ouvrages et d'articles abordaient ce sujet. Nous avons donc dû nous référer à des articles d'autres pays que la Suisse, ce qui a quelque peu ralenti notre élaboration mais diversifié nos horizons sur le sujet.

Ensuite, il a fallu se focaliser sur la prévention en milieu scolaire pour les adolescents de la tranche d'âge que nous avons définie, là aussi, nous n'avons eu que très peu de résultats en matière d'ouvrages. Néanmoins, les entretiens que nous avons pu mener ont complété ces lacunes.

Nous avons reçu l'aide précieuse d'une intervenante externe contactée par notre enseignante pour recevoir les coordonnées de huit infirmières scolaires dans des cycles d'orientation qui nous ont consacré du temps pour des entretiens. Le nombre des cycles d'orientation genevois représentés n'est pas suffisamment significatif pour avoir une vue d'ensemble du métier mais nous avons pu recueillir les informations nécessaires à l'enrichissement de notre travail.

De plus, lorsque nous avons mené nos entretiens, nous avons reçu des informations sur la consommation du moment mais peut-être que cette tendance s'est modifiée depuis. Néanmoins, les sujets abordés concernaient nos thématiques et ont renforcé celles mises en évidence par la théorie concernant la consommation excessive d'alcool et de cannabis.

Au vu des entretiens que nous avons menés, nous regrettons de ne pas avoir assez approfondi les moyens de dépistage. Si nous avions eu les séminaires consacrés à l'entretien motivationnel plus tôt, peut-être aurions-nous pu élaborer notre grille d'entretien de façons plus axée sur le dépistage et la prévention.

Le fait de travailler à quatre était une ressource parce que nous arrivions à nous diviser les charges de travail équitablement tout en gardant un œil sur ce que faisaient les autres, en corrigeant leurs parties, en apportant des modifications et en donnant un regard nouveau sur le sujet. Travailler un commun était une richesse car cela permettait une réflexion plus poussée malgré les divergences occasionnelles.

L'analyse de notre travail nous a permis de nous positionner en tant que futures infirmières, d'émettre un regard critique et d'élargir notre réflexion sur les questionnements que nous avons.

### **5.3. Perspectives**

Nous espérons apporter à nos futurs collègues et étudiants un ouvrage traitant exclusivement de la profession d'infirmière scolaire dans les cycles d'orientation. Notre but est qu'ils aient une connaissance du milieu et une représentation de leur travail comme nous l'avons découvert. Nous souhaitons également leur expliquer les méthodes et outils utilisés par ces mêmes infirmières pour dépister des comportements à risque, que ce soit en général ou de manière ciblée sur certaines thématiques. Nous trouvons important de laisser une trace des séminaires auxquels nous avons eu la chance de participer et qui sont malheureusement restreints à un nombre limité de personnes. Nous voulons que notre travail puisse en apprendre d'avantage sur l'entretien motivationnel à nos collègues étudiants, sujet peu approfondi lors des cours mais tellement pratique pour tout type d'entretien qu'ils pourraient rencontrer en stage ou en tant que professionnel.

De plus, ce travail nous permet de mettre en lumière un phénomène actuel de santé publique, la consommation abusive d'alcool et de cannabis dans la tranche d'âge des 12-15 ans. La prévalence et la morbidité de ces problématiques touchent en effet les adolescents de plus en plus jeunes.

Il est pertinent pour nous de mettre l'accent sur la prévention déjà préexistante mais qui selon nous pourrait être davantage explorée et approfondie. Surtout nous tenons essentiellement à faire connaître des moyens de dépistage qui sont reconnus et pourraient être davantage exploités.

Enfin, nous établissons que l'utilisation d'outils et d'un cadre de référence permet le positionnement professionnel de l'infirmière. En effet, le recours à des données scientifiques lui donne plus de poids afin de défendre son poste et d'affirmer son rôle. Cela lui donne donc les moyens de s'insérer dans le système sanitaire genevois et de construire son réseau.



## 6. BIBLIOGRAPHIE

Addiction Suisse. Substances et addiction (2013) Suisse.

Accès : <http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/>

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. (2008). La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Nancy : ANESM.

Anderson, P. et Baumberg, B. (2006) Commission européenne, Direction générale santé & protection des consommateurs l'alcool en Europe : Une approche en santé publique Comission Européenne. Londres. Accès:  
[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/alcohol\\_europe\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_fr.pdf)

Annaheim J. & Frappier J-Y. (2013) L'infirmière scolaire, un relais essentiel en santé mentale. Médecine et hygiène. 2013.

Accès : <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=1613249>

Annaheim, Gmel et Arbeitsgruppe Cannabismonitoring (2008). Veränderungen im Cannabiskonsum 2004 bis 2007 – Ergebnisse des Schweizerischen Cannabismonitorings.

Association des parents d'élèves de l'enseignement libre. Les jeunes et l'alcool. (2013). Accès : <http://www.apel.fr/sante/psycho/les-jeunes-et-lalcool.html>

Atger, F.(2007). L'attachement à l'adolescence. Dialogue 1/2007 (n°175) : pp. 73-86. Accès: [http://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=DIA\\_175\\_0073](http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=DIA_175_0073)

Baierl, J-L. (2001) Pour la santé scolaire, *bulletin des médecins suisses*. Jura . Accès : <http://www.saez.ch/docs/saez/archiv/fr/2001/2001-05/2001-05-014.PDF>

Bailly D. (2009). *Alcool, drogues chez les jeunes : agissons*. Paris : Odile Jacob.

Bantuelle, M, Demeulemeester,R (2008) *Référentiel de bonnes pratiques*. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Réseau francophone international de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité. Éditions Inpes.

Beauverd, R. *Alcoolisme, conséquences médicales*. Unité d'alcoologie HUG. Accès: <http://www.lafondationfas.org/shared/Comprendre/consequences.pdf>

Bézaguet, L. Alcool : le message passe mal chez les jeunes. *Tribune de Genève*. 2013, 25 Mai. Accès : <http://www.fegpa.ch/tg250513oh.pdf>

Bizouard, P. (2006) *Enfances & Psy*. Accès:  
[http://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=EP\\_030\\_0151](http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=EP_030_0151)

Bouvier, P, Caflisch, M et Narring, F. (2006) Santé des adolescents : le rôle essentiel de la collaboration entre santé scolaire et institutions de soins. *La revue médicale Suisse*. Accès:  
<http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=31452>

Caflisch M. & Uldry V.(2013) Consultation pour adolescent. *Revue médicale Suisse* ; 2013. Accès : [http://rms.medhyg.ch/resume.php?ID\\_ARTICLE=RMS\\_374\\_040](http://rms.medhyg.ch/resume.php?ID_ARTICLE=RMS_374_040)

Caflisch M. (2008) La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ? Suisse ; *Revue Médicale Suisse N°131* ; Accès :  
<http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=33286>

Carrère d'Encausse M. (2011). *Alcool : les jeunes trinquent*. Paris : Anne Carrière.

Chatelain B. & Schorer E. (2012). Guide pour la présentation des travaux écrits et des références. [Support de cours]. Genève : Haute école de Santé.

Chossis, I. (2004) Entretien motivationnel avec les adolescents. *La revue médicale suisse*.

Classe ECJS. L'adolescence est-elle toujours un moment de crise?. Accès:  
[www.operavenir.com/cours/docs/adolescence.doc](http://www.operavenir.com/cours/docs/adolescence.doc)

Clavijo-Gallay, M. (2012) *D'une pratique de contrôle socio-sanitaire à une pratique de santé communautaire : Évolution de la mission et des activités du personnel infirmier de santé communautaire en milieu scolaire*. Genève ; Service santé de la jeunesse. Actes du 5ème Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones, 20 au 24 mai 2012, Genève Des pratiques cliniques novatrices, optimiser les compétences professionnelles. Accès:  
[http://edu.ge.ch/ssj/IMG/pdf/evolution\\_de\\_la\\_mission\\_du\\_personnel\\_infirmier\\_specialise-5.pdf](http://edu.ge.ch/ssj/IMG/pdf/evolution_de_la_mission_du_personnel_infirmier_specialise-5.pdf)

Confédération suisse. Législation. Droit interne. Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 19 déc. 1980, en vigueur depuis le 1er janv. 1983 (RO 1982 694; FF 1979 I 57). Etat le 1er juin 2011. Accès: <http://www.admin.ch/ch/f/rs/680/a41.html>

Cork. CRAFFT. 2010. Accès : [http://www.projectcork.org/clinical\\_tools/html/CRAFFT.html](http://www.projectcork.org/clinical_tools/html/CRAFFT.html)

De Luca M. (2006) Les scarifications : le regard de la métamorphose. *Evol psychiatre* ; Vol 71 N°2 : pp. 285-297.

Decloquement Dr, Les adolescents et leur santé (2011) Paris : Accès : <http://www.uraca.org/drepanews/download/drepanews01/Les-adolescents-et-leur-sante.pdf>

Gosselin, C. Larocque, D. Vitaro, F. Gagnon, C. (2000). Identification des facteurs liés à la consommation de cigarettes, d'alcool et de drogues à l'adolescence, *International Journal of Psychology*, 35:1, 46-59

Granget P. & Débenay E. (2013) Cadre de référence genevois pour la prévention des problèmes liés à l'alcool. DARES. Accès : [http://ge.ch/dares/SilverpeasWebFileServer/Cadre\\_ref\\_genevois\\_alcool\\_Vjuin\\_07.pdf?ComponentId=kmelia1033&SourceFile=1181895954711.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/](http://ge.ch/dares/SilverpeasWebFileServer/Cadre_ref_genevois_alcool_Vjuin_07.pdf?ComponentId=kmelia1033&SourceFile=1181895954711.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/)

Hachet, P. (2009). Adolescence et risques Bruxelles : Yapaka. Accès: [http://www.yapaka.be/files/publication/TA-adolescence\\_web.pdf](http://www.yapaka.be/files/publication/TA-adolescence_web.pdf)

Hotton, T et Haans, D. (2004) Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence. Rapport sur la santé, statistique Canada. No 82-003-XIF au catalogue, Vol. 15, no 3

Huerre, P et Marty, F. (2007) *Alcool et adolescence : jeunes en quête d'ivresse*. Paris : Albin Michel

Iconovox (2013): source d'iconographie. Accès : [http://www.iconovox.com/thèmes/dossier\\_addictions\\_adolescents-1.html](http://www.iconovox.com/thèmes/dossier_addictions_adolescents-1.html)

Jaffé, P et Lachat, M. Actes du 3<sup>ème</sup> congrès colloque printanier de l'institut universitaire Kurt Bösch et de l'institut international des Droits de l'enfant (2011) Adolescents et alcool, un cocktail détonant : *De l'expérimentation à la désocialisation*. Suisse : Institut universitaire Kurt Bösch

Kienlen, J (2007) Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Les Essentiels ; pp. 469-476 ; Elsevier Masson. Accès : [www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca07/html/ca07\\_36/ca07\\_36.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca07/html/ca07_36/ca07_36.htm) consulté le 15 mai

Kjellberg G. (2006) Adolescence et sexualité. Suisse. *Revue Médicale Suisse*. Accès: <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=31151>

OMS. La santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé. Accès: [http://www.soins-infirmiers.com/prevention\\_de\\_la\\_sante.php](http://www.soins-infirmiers.com/prevention_de_la_sante.php)

Laqueille, X , Benyamina, A , Kanit, M. Dervaux, A. (2003). Aspects psychiatriques de la consommation de cannabis, *l'Information Psychiatrique*. Volume 79, Numéro 3, 207-13, Société et dépendances.

Le Breton D. & Marcelli D. (2010) Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse. Paris : Quadrige Dicos Poche.

Le Breton D.(2006). Scarifications adolescentes. France : Cairn Enfances & Psy . Accès: <http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2006-3-page-45.htm>

Le Breton D., Dessez P. Vaissiere H., Assailly J-P., Coum D., Pavoux M. et al.(2007) *Adolescents et conduites à risque. Prévention et écoute*. Paris : Edition ASH.

Lejeune, D. - Louvainmed. *Les conséquences somatiques de l'alcoolisme*. Accès : [www.docteurinfo.com](http://www.docteurinfo.com)

Mareau, C. & Vanek Dreyfus A. (2004). *L'indispensable de la psychologie*. Paris : Studyrama .

Meynard A., Haller D. M., Navarro C. & Narring, F. (2008). Prises de risque à l'adolescence: stratégies et outils pour les consultations en médecine de premier recours. Suisse : *Revue Médicale Suisse* ; 2008. Accès: [http://rms.medhyg.ch/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=RMS\\_161\\_1451](http://rms.medhyg.ch/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RMS_161_1451)

Michaud P-A (2010) Les ados ont droit au secret médical Suisse : *Le Temps*. Accès : [http://www.letemps.ch/Facet/print/Uuid/e8bfc72e-56f2-11df-a1d4-07fb7aacbc0c/Les\\_ados\\_ont\\_droit\\_au\\_secret\\_m%C3%A9dical](http://www.letemps.ch/Facet/print/Uuid/e8bfc72e-56f2-11df-a1d4-07fb7aacbc0c/Les_ados_ont_droit_au_secret_m%C3%A9dical)

Michel, G , Purper-Ouakil, D et M.C. Mouren-Siméoni. (2001). Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psycho-actives à l'adolescence. *Annales médico- psychologiques*, 169, 622-31.

Michel, G, Purper-Ouakil, D et M.-C. Mouren-Simeoni. (2006). *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54 62–76. Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent.

Narring F. & Michaud P-A. (2006). Orientation sexuelle et développement chez les adolescents ; Implications pour le clinicien.Suisse : *Revue Médicale Suisse*. Accès : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=22786>

Narring F., Michaud P-A., Wydler H., Davatz F. & Villaret M. Sexualité des adolescents et sida : processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Accès : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Saphir/RDS/1997/004/4.pdf>

Narring, F. Tschumper, A. Inderwildi Bonivento, L. Jeannin, A. Addor, V. Bütikofer, A. et al. (2002). Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse. *Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health*.

Navarro C, Meynard A. (2013). Adolescents: comment adapter nos pratiques à leurs besoins? [Type de document non publié]. Hôpitaux universitaires de Genève

Orduz S., Aubert P-Y Avec la participation de Marie-Laure Moret et Marie-José Burnier (2013). Prévention des comportements addictifs en milieu scolaire. Genève, SSJ [type de document non publié].

Picherot,G, Muzslack,M , Hazart,I Gras,D, Dreno, L C. Gras-Leguen. (2007) Alcool et adolescence: *Journal de pédiatrie et de puériculture*, Nantes. Accès : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X09005314>

Pingoud K, « Elaboration d'un référentiel de compétences pour exercer la profession d'infirmière en milieu scolaire », Santé Publique, 2004/2 Vol. 16, p. 225-238. DOI : 10.3917/spub.042.0225

Pirkanen, M., Pietilä, A.-M., Halonen, P. & Laukkannen, E. School health nurses and substance use among adolescents – towards individual identification and early intervention. *Scandinavian journal of nursing science*, 20, 439-447.

République et canton de Genève. (2013). Service de santé de la jeunesse. Accès : <http://www.ge.ch/ssj/>

Réseau francophone international de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. France : Editions Inpes. Accès : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf>

Rivière C. Le Breton, D. (2011). *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*, Recherches sociologiques et anthropologiques. 2011. Accès: <http://rsa.revues.org/390>

Rutishauser C. & Schlaepfer R (2006). Contradiction entre relation adaptée au patient adolescent et aspects légaux? Suisse : *Paediatrica Vol. 17, No. 4* ; 2006. Accès : <http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/paediatrica/vol17/n4/pdf/31-33.pdf>

Soins infirmiers. L'alcool-dépendance. (2008). Accès : [www.soins-infirmiers.com](http://www.soins-infirmiers.com)

Stop jeu. Information et conseils pour les joueurs et leur entourage (2013) Genève. Accès : <http://www.stop-jeu.ch/fr/>

Terrisse, B. (2005) La bientraitance dans différentes cultures.

Terzic Supic, Z. Santric Milicevic, M. Sbutega, I. Vasic, V.(2013). The Importance of Family Relations for Cannabis Users: The Case of Serbian Adolescents. *Iranian Journal of Public Health*, Vol. 42, No.3, Mar 2013, pp.249-260

Wang R.-H. , Hsu H.-Y., Lin S.-Y., Cheng C.-P. Lee S.-L. (2010) Risk behaviours among early adolescents: risk and protective factors. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 313–323.

Wenger S. Problématiques de santé mentale chez l'enfant – Réseau de soin. [Type de document non publié]. Genève : Office Médico-pédagogique ; 2012.

Windlin, B., Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E. (2011). Konsum psychoaktiver Substanzen Jugendlicher in der Schweiz – Zeitliche Entwicklungen und aktueller Stand. Lausanne: Addiction Info Suisse.

Zimmermann G., Rossier V., Bernard M., Cerchia F., Quartier V. (2005). Division d'abus de substances. Département universitaire de psychiatrie, université de Lausanne. Accès: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961705001200>

## 7. ANNEXES

### 7.1. Lettre de demande d'autorisation

Alice Le, Lara Kanat, Lucile Laleu et Nora Moussli  
Haute Ecole de Santé de Genève

Mme Marinette Clavijo-Gallay  
Responsable des Pratiques  
Service de Santé de la Jeunesse  
Rue des Glacide Rive 11

Genève, le 29 novembre 2012

Madame,

Nous sommes quatre étudiantes de la filière Soins Infirmiers à la Haute Ecole de Santé de Genève. Dans le cadre de notre formation et pour l'obtention du diplôme de Bachelor en Soins Infirmiers, nous devons réaliser un Mémoire de Fin d'Etude.

Ce mémoire est un travail important. Il nous tient à cœur de travailler sur un thème qui nous intéresse et touche particulièrement.

A l'issue de nos études, nous aimerions toutes travailler auprès d'enfants et d'adolescents et le domaine de la santé communautaire nous intéresse particulièrement. Ce sujet nous motive et nous avons envie de nous investir dans cette problématique. La thématique étant vaste, nous avons ciblé les adolescents de 12 ans à 15 ans.

Nous savons que les infirmières scolaires sont souvent amenées à travailler avec les adolescents, raison pour laquelle nous aimerions effectuer des entretiens auprès d'elles. Pour nous permettre de réaliser notre mémoire et bénéficier de données/résultats, nous souhaitons effectuer des entretiens auprès de six infirmier(e)s scolaires du Service Santé Jeunesse.

Nous vous joignons en annexe la description de notre projet afin de vous donner les informations nécessaires sur notre travail, ainsi que notre grille d'entretien qui nous servira de support lors des interviews.

Dans l'attente d'une réponse nous l'espérons favorable de votre part, veuillez recevoir, Madame, nos meilleures salutations.

Etudiantes : A. Le, L. Laleu, L. Kanat et N. Moussli

Directrice de mémoire

SZYNALSKI Murielle

PS: Récapitulatif du projet, grille d'entretien, formulaire de consentement éclairé.

## **7.2. Le guide d'entretien**

### **Identité de la personne à interviewer**

- état civil et situation familiale (enfants ?)
- nationalité
- profession
- formation et parcours professionnel
- spécialisation
- lieu de travail

### **Texte de présentation**

Nous vous remercions de nous recevoir pour cet entretien. Nous sommes Alice, Lucile, Lara et Nora. Comme nous vous l'avons expliqué par téléphone, nous sommes quatre étudiantes infirmières de la Haute Ecole de santé à Genève, en 3<sup>ème</sup> année Bachelor.

Dans le cadre de notre formation, nous devons faire un travail de Bachelor, pour obtenir notre Bachelor en Soins Infirmiers. Pour la réalisation de celui-ci, nous avons choisi de travailler sur les comportements à risque chez les adolescents entre 12 et 15 ans et plus particulièrement sur la consommation de toxiques (alcool, cannabis, drogues dures).

En quelques mots, nous nous demandons, en tant que futures professionnelles de la santé, quel est le rôle des infirmières scolaires dans la prise en charge et la prévention des adolescents présentant des comportements à risque tels que la consommation d'alcool et de drogues. Nous cherchons également à connaître le rôle des différents acteurs qui entrent en jeu dans cette thématique et comment les infirmières collaborent avec le réseau.

Nous vous sollicitons en raison de votre expérience professionnelle afin de récolter votre avis et votre vécu sur la question. Cet entretien sera très utile pour la réalisation de notre travail, il nous permettra de mieux comprendre l'impact qu'ont les comportements à risque sur le développement de l'adolescent et sur son équilibre (sur le plan bio-psycho-social, affectif et spirituel) et quelle est la prise en charge infirmière des adolescents concernés.

Bien entendu, l'entretien est confidentiel et dans notre travail, les données seront anonymes.



## Questions

1. Pour commencer, pouvez-vous nous résumer votre parcours professionnel. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette institution ?

2. Dans votre expérience professionnelle quels sont les comportements à risques les plus fréquemment rencontrés ?

- si oui, pouvez-vous nous dire dans quel contexte (comment les adolescents viennent vous consulter), à quelle fréquence ?

3. Pouvez-vous partager avec nous, en détail, une situation vécue qui vous a particulièrement marquée, en lien avec notre thématique ?

-Quelle a été votre intervention face à cet adolescent présentant un comportement à risque ?

-Comment avez-vous agi dans l'immédiat et finalement quel a été le suivi (jusqu'où s'applique votre rôle dans le suivi)?

-Qui a assuré le suivi ? (Quelles instances, institutions, type de professionnels concernés)

4. En tant que professionnel, quel est votre ressenti face à ce genre de situation ? Quelles sont vos ressources pour gérer ce type de situation ? Selon vous, faut-il des compétences particulières ? Si oui, lesquelles ? Ou existe-t-il une formation spécifique pour ce faire ?

5. Quelle sont les difficultés rencontrées lors de la prise en soins d'un adolescent présentant des comportements à risques ?

6. La prise en charge de l'adolescent implique-t-elle une collaboration avec d'autres professionnels ? Si oui, lesquels ?

7. Nous aimerions également savoir si vous utilisez des outils d'évaluation des comportements à risque chez les adolescents ? Avez-vous un mode d'évaluation protocoler ou commun au sein du SSJ ? Utilisez-vous une échelle spécifique ?

8. Dans quel contexte êtes-vous amenée à rencontrer la famille ? Comment collaborez-vous avec celle-ci ?

9. D'après vous, quelles sont les limites de confidentialité vis-à-vis de la famille ou autres ? Jusqu'où pouvez-vous tenir le secret professionnel ? Avez-vous été confronté à une situation de ce type?

- Si oui, pouvez-vous nous en dire plus ? Racontez-nous une anecdote.

10. Quels sont les résultats et comment les évaluez-vous ?

11. Pouvez-vous nous dire si vous faites de la prévention auprès d'adolescents à risque, et avec quels outils ? Avec qui collaborez-vous ?

12. Pouvez-vous nous conseiller d'autres contacts chez les professionnels de la santé qui pourraient apporter des compléments à notre thématique ?

13. Pour conclure, souhaitez-vous ajouter quelque chose d'important que nous n'avons pas abordé?

## 7.3. Quizz (C.O.)

### Quiz sur l'alcool

- |  |      |      |
|--|------|------|
| 1. A 15 ans, la plupart des ados se soûlent.   | vrai | faux |
| 2. L'alcoolémie correspond à la quantité d'alcool dans le sang.                                | vrai | faux |
| 3. L'alcoolémie dépend du poids de la personne.  | vrai | faux |
| 4. L'alcool ralentit l'activité du cerveau et des fonctions vitales.                           | vrai | faux |
| 5. Boire un café permet de dégriser.   | vrai | faux |
| 6. On peut éliminer l'alcool par la transpiration.   | vrai | faux |
| 7. Le corps prend environ 1h pour éliminer un verre standard d'alcool.                         | vrai | faux |
| 8. L'alcool réchauffe.   | vrai | faux |
| 9. Les adolescents sont plus résistants que les adultes face à l'alcool.                       | vrai | faux |
| 10. Mon ami a trop bu trop d'alcool et il dort très profondément. Je ne dois pas m'en occuper. | vrai | faux |

#### Votre score :

9 à 10 réponses justes: bravo, vous êtes un expert et vous connaissez les principales idées reçues sur l'alcool!  
 6 à 8 réponses justes: c'est bien, vous connaissez déjà quelques mythes concernant l'alcool! Mais il vous en reste encore quelques-uns à découvrir pour devenir un expert.  
 0 à 5 réponses justes: attention, vous êtes naïf vis-à-vis de l'alcool! Pour connaître les idées reçues sur l'alcool, vous pouvez lire les principaux mythes sur l'alcool à la page 8 de ce guide ou sur [www.mon-ado.ch](http://www.mon-ado.ch).

### Réponses du quiz sur l'alcool

- |          |   |
|----------|---|
| 1. FAUX  | La majorité des ados de 15 ans ne se sont jamais soûlés. Seule une minorité ont déjà été ivres. C'est encore trop, car plus on s'enivre jeune, plus on a de risque de développer un problème d'alcool plus tard.  |
| 2. VRAI  | L'alcoolémie est la quantité d'alcool que l'on a dans le sang. Elle s'exprime en ‰ (gramme pour mille).   |
| 3. VRAI  | L'alcoolémie dépend du poids de la personne: pour une même quantité d'alcool, quelqu'un qui pèse 50 kg aura une alcoolémie plus élevée que quelqu'un qui en pèse 70.  |
| 4. VRAI  | L'alcool est un dépressur pour l'organisme c'est-à-dire qu'il en ralentit le fonctionnement. A haute dose, il peut provoquer un arrêt respiratoire!   |
| 5. FAUX  | Il n'y a que le temps qui permette de dégriser. Même si un café ou une douche froide peut vous réveiller, seul le temps fait baisser votre alcoolémie.  |
| 6. FAUX  | L'alcool est éliminé principalement par le foie. Ce que vous perdez en transpirant, c'est de l'eau. Alors pensez à vous réhydrater avec une boisson sans alcool!  |
| 7. VRAI  | Il faut environ 1 heure à l'organisme pour éliminer 10 g d'alcool (verre standard = 10-12 grammes d'alcool).  |
| 8. FAUX  | Même si l'alcool donne l'impression de réchauffer (il dilate sur son passage les vaisseaux sanguins de l'œsophage et de l'estomac), il a plutôt pour effet de refroidir le corps. Consommé en grande quantité, l'alcool provoque une hypothermie (température corporelle trop basse).   |
| 9. FAUX  | Au contraire, les ados sont plus vulnérables que les adultes face à l'alcool. Ils sont généralement plus légers, leur foie n'est pas mature, leur cerveau est encore en développement et ils ne connaissent pas encore leurs limites. Ils arrivent ainsi plus vite au stade de l'intoxication.  |
| 10. FAUX | Si votre ami ne réagit pas quand vous le pincez, qu'il a vomi ou uriné sans se réveiller, que sa peau est froide et moite, il est certainement en train de faire un coma éthylique. Mettez-le alors en position de sécurité, couvrez-le, et ne le laissez pas seul. Demandez de l'aide à un adulte ou appelez les numéros d'urgence (117 Police, 118 Pompiers, 144 Premiers secours). |

Pour l'animation de l'atelier Affiches, slogans etc.

#### En Suisse :

- 1999 : Au commencement une simple question : « Ça débouche sur quoi ? » du tire-bouchon
- 2000 : « Regarde-toi en face plutôt qu'au fond d'un verre » = verre
- 2001 : Perte de contrôle : « Regarde-toi en face plutôt qu'au fond d'un verre » +
  - Naufrage en vue
  - Un dernier verre et on se casse
  - Le verre de trop
- 2002 : Appel à la responsabilité : « Regarde-toi en face plutôt qu'au fond d'un verre » +
  - Lendemain de fête



- L'alcool conserve. Mais pas tout
- Lendemain de fête
- Assez pour aujourd'hui
- Dé-chaîne-toi vraiment
- 2003 : Le mot qui résume tout : tire-bouchon + verre + mot unique : amoureux, week-end, budget, sexe, compagnon, conduire, snowboard
- 2004/2005 : 1 verre de trop n'est pas sans conséquence :  
1 verre de trop et...
  - la soirée tombe à l'eau
  - ton permis se fait la malle
  - c'est l'inconnu au réveil
  - la libido reste au bistrot
  - ta carrière verse
  - tu ramasses les débris
- 0,5 pour mille. 1 verre, 1 seul.
- 2006 : 1 verre de trop,...
  - c'est la pagaille au bercail...
  - ton boulot risque gros !
  - et tu joues gros !
- 2007/2008 Face à face : image + texte
  - Toi, j'te coupe le son !
  - Toi, tu m'ramènes pas !
  - Tranquille, mec

Source : Campagnes de prévention des problèmes liés à l'alcool de 1999 à 2008

-2008-2012 : Celles et ceux qui boivent le font de façon à ne pas nuire ni à eux-mêmes ni aux autres. « Je parle d'alcool, parce que je ne tolère pas que ce soit lui qui parle pour moi. »

En France :

### Exemples de slogans diffusés lors des campagnes nationales :

- 1978 : boire ou conduire, il faut choisir
- 1984 : un verre, ça va ; trois verres, bonjour les dégâts
- 1986 : pensez à un deuxième verre... pour l'eau
- 1991 : tu t'es vu quand t'as bu ?
- 1997 : et vous avec l'alcool, vous en êtes où ?
- 2001 : l'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir
- 2002 : bois moins si tu es un homme
- 2004 : votre corps se souvient de tout
- 2007 : soufflez vous saurez
- 2008 : boire trop : des sensations trop extrêmes

Source : Guide d'intervention en milieu scolaire, Prévention des conduites addictives

#### Bibliographie :

2. Guide d'intervention en milieu scolaire, Prévention des conduites addictives, France
3. Dossier pédagogique « Bien cuit ou à point ?! », REPER, Fribourg
4. Dossier à l'attention des professeurs d'économie familiale « Autour de l'alcool », REPER, Fribourg
5. Exposition ADOLCO et quiz sur l'alcool, fegpa - <http://www.fegpa.ch>
6. Programme de prévention scolaire de la LVT « JE GERE...mais jusqu'où ? » [http://www.lvt.ch/?page=Je\\_Gere](http://www.lvt.ch/?page=Je_Gere)

Documents interne du SSJ - Equipe FCPES2

## 7.4. Tableaux thèmes

### Comportements à risque

	Alcool	Autres comportements	Facteurs (environnement+dvlp enfant)
Interview 1	<p>« Moi je dirai alcool. » L.25</p> <p>« peut-être que je dis alcool parce que c'est le plus repérable » L.38</p> <p>« En fait elles se sont alcoolisées à midi et puis, il y en a deux qui sont arrivées au cycle alcoolisées et deux qui sont restées chez elles. » L.83</p>	<p>« En deuxième bon évidemment il y a le cannabis, c'est sûr. » L.39</p> <p>« Elle avait des scarifications, des mutilations et aussi une grosse problématique familiale. » L.139</p> <p>«...tentative de suicide, j'ai pas vraiment le sentiment, mais plutôt scarifications, mutilations, se faire du mal oui. [...] il y en a beaucoup. » L.282</p> <p>« Alors comportements sexuels, moi j'ai l'impression qu'on en parle de plus en plus. Est-ce que c'est parce qu'il y en a plus ? ou est ce qu'ils ont compris que ça s'est quelque chose que je garde pour moi ? » L.434</p>	<p>« Il y avait toujours quelque chose de difficile derrière, en tout cas pour celles auxquelles je suis intervenue. » L.144</p> <p>« Alors les quatre ont des situations familiales compliquées, difficiles et puis je crois qu'il y en a trois sur les quatre qui sont suivies par le SPMI. » L.88</p>
Interview 2	<p>« Pour ce qui est de l'alcool et du cannabis ça c'est beaucoup plus quelque chose d'indirect, c'est-à-dire que c'est jamais les jeunes qui viennent m'en parler, qui viennent en parler à personne d'ailleurs. » L.27</p> <p>« C'est vrai que c'est des fêtes avec de la vodka [...] avec une grosse quantité</p>	<p>« ceux que j'ai pu rencontrer le plus, c'est le tabac, l'alcool et le cannabis et les comportements à risques au niveau sexuel. Les comportements à risque sexuels je les découvre de manière spontanée parce qu'elles viennent vers moi et que je dois les emmener au planning. » L.16</p> <p>« un jeune homme qui abuse du cannabis mais de manière assez forte au point de venir le matin à 8h</p>	<p>« Il ne voit pas très bien où est le problème, qu'il soit souvent absent à l'école, que les résultats scolaires c'est la cata, enfin que son avenir est quand même compromis. » L.86</p> <p>« Et face aussi à leur stade de développement, ils ont des</p>

	d'alcool, c'est quelque chose dont ils ont un peu de peine à voir l'impact que ça peut avoir. » L.45	en ayant déjà allègrement fumé du cannabis [...] un papa qui est au chômage et qui est dans le déni total [...] et puis il a une mère qu'est gravement alcoolique [...] C'est une souffrance familiale et contextuelle qui est assez énorme et il a rien trouvé de mieux pour s'en sortir que de fumer ce cannabis. » L.74  «... personnellement moi les jeunes suicidaires j'en vois très peu, il y en a mais ils sont quand même plus chez les psys... » L.180	comportements à risque, mais ils les appréhendent pas comme des comportements à risque » L.167
Interview 3	« Des élèves qui ont consommé de l'alcool j'en rencontre chaque année mais sur les 600 ou 700 élèves de l'école c'est peut-être 10 et surtout pendant les fêtes, mais pendant l'année c'est peut-être un ou deux, très peu » L.29  « Le problème c'est qu'il y a une consommation différente d'alcool avec les « bingedrinking » L.220	« Les autres comportements à risque comme fumer la cigarette ou du shit il y en a un peu plus. il y en a qui prennent ça comme médication pour supporter l'école par exemple. Et il y en a d'autre ils en prennent une fois et c'est fini. » L.35  « Par contre j'ai eu des élèves qui se scarifiaient [...] 2 ou 3 par années [...] surtout des filles » L.45	« Les comportements à risque ne se font pas forcément à l'école mais plutôt à la maison [...] les élèves veulent dire quelque chose à leurs parents en faisant ça » L.33  « J'ai eu des élèves des filles qui sont arrivées à 8h du matin en aillant bu une demi bouteille de vodka à 8h du matin, c'était une situation familiale compliquée » L.201  « Il y a aussi des pressions sociales très fortes, les pressions sur l'école, sur les résultats l'avenir professionnel ou pas. On est dans une société compliquée. Il y a des freins partout » L.225
Interview 4	« L'alcool est particulièrement présent lors de fêtes scolaires, dans ces moments-là, mais on n'a pas des élèves alcoolisés tous les jours. » L.56  « Ils étaient entre 6 et 8 élèves dans la pataugeoire, ivres morts et tête en bas,	« Moi j'ai noté tout ce qui est scarifications particulièrement chez les filles » L.62  « L'alcool et la fumette pour moi ça a toujours été présent. Peut-être dans ce que je disais scarifications, il y a plus, j'ai envie de dire qu'il y a un phénomène de mode un peu » L.63	« Le pétard qui se fume et puis l'élève est pas bien, ce genre de chose [...] plus dans des situations scolaires difficiles, les ruptures scolaires, des élèves qui ont besoin de fumer avant de venir au cours parce que tout va mal. » L.58

	<p>enfin je veux dire ils faisaient des bulles, ils étaient en train de se noyer » L.117</p> <p>« C'est quand même plus rare les élèves qui s'alcoolisent seuls dans un coin. » L.134</p>		
Interview 5	<p>« Un des problèmes majeurs c'est l'alcool et puis c'est aussi le cannabis. » L. 41</p> <p>« Lorsqu'on leur parle de coma éthylique, de finir à l'hôpital ce sont les autres, pas eux. » L.72</p> <p>« Ce que je trouve vraiment inquiétant c'est la quantité et la façon dont l'alcool est consommé. » L.325</p>	<p>« A l'hôpital il y a des statistiques que je trouve effrayante, le nombre de jeunes, très jeunes qu'ils reçoivent en fin de semaine dans des comas ou à la limite. » L.132</p> <p>« Les jeunes ont beaucoup de peine à se rendre compte des conséquences, par exemple le nombre filles qui se retrouvent le matin dans le lit d'un gars qu'elle ne connaissent pas sans savoir comment elle a atterri là, sans savoir ce qui s'est passé. » L.321</p>	<p>« C'est un âge où on expérimente beaucoup de choses mais c'est vrai que ça peut être plus ou moins grave. Et ils pensent qu'ils vont pouvoir se débrouiller eux-mêmes et ils ont tendance à minimiser à ne pas voir le danger [...] ce sont les autres, pas eux. » L.132</p> <p>« Dans une région avec des gens quand même d'un niveau social plus aisé que dans certains quartiers, enfin c'est mélangé donc on se rend compte que les jeunes ont de l'argent donc les moyens de s'acheter des produits. » L144</p>
Interview 6	<p>« Mais dans la vie de tous les jours, c'était une fille qui prenait du cannabis, qui si elle avait l'occasion de s'alcooliser de temps en temps pour faire la fête qui s'alcoolisait et qui avait des relations sexuelles à risque. » L.183</p>	<p>« Je pense que ce que je vois le plus c'est les comportements sexuels à risque. » L.44</p> <p>« L'addiction au tabac, elle est très présente mais elle va avec l'addiction au cannabis. » L.64</p>	<p>« Par rapport à ce qu'on peut croire de l'état socio-économique de la famille etc. que soit des enfants très aisés ou des quartiers très populaires, le cannabis il est très présent. » L.68</p> <p>« Donc ça fait trois ans qu'on a des classes ateliers qui sont extrêmement difficiles dans leur</p>

			<p>comportement [...] Là c'est vraiment des concentrations des adolescents à risque » L.68</p> <p>« Tout l'aspect interculturelle de qu'est-ce que c'est un psychologue pour une mère africaine » L.267</p> <p>« Moi je me saoule quand mes parents sont loin le week-end pour jouer au golf. J'invite mes copains, ils voient rien Madame, de toute façon du moment que j'ai des bonnes notes le reste ça leur intéresse pas. » L.219</p>
Interview 7	<p>« Une enseignante qui est venue me dire que deux de ses élèves étaient venus dans son cours 2 jours avant complètement ivres » L.30</p> <p>« une élève de classe d'accueil d'origine colombienne qui s'était vraiment faite influencée par son amie, qui étaient sorties à la pause de midi et avaient bu exagérément [...] c'est très différent des cuites, des jeunes qui boivent exagérément pour s'amuser » L.39</p> <p>« Je pense qu'ils (les adolescents consommateurs d'alcool) ne sont pas très identifiés ici mais je suis sûre qu'il y</p>	<p>« plusieurs élèves sont venus me voir par rapport à l'addiction au jeu, Facebook et tout ça, le cyber harcèlement, alors ça qu'est-ce que c'est fréquent ici ! » L.149</p> <p>« J'en ai pas encore rencontré (des élèves qui s'automutilent) mais des élèves qui ont eu des idées suicidaires oui, [...] c'est souvent lié avec la prise d'alcool ou d'autres addictions. » L.321</p>	<p>« On a pu faire des liens avec la pression scolaire et ce que vivait cette jeune fille complètement déracinée aussi loin de ses amis, de sa famille ne pouvant pas vraiment créer des liens parce qu'elle n'avait pas le droit de sortir à cause de sa clandestinité. » L.86</p> <p>« ils sont dans des bandes les plus dures du cycle, il y a toute une espèce d'organisation autour de l'enfant qui s'installe dans ses fréquentations, dans son rythme scolaire dans ses échecs scolaires souvent qui vont avec, l'absentéisme tout ça. » L.143</p> <p>« Il y a aussi tout un contexte familial ou l'alcool est autorisé dans</p>



	en a déjà» L.154		certaines familles, on encourage l'enfant à boire pendant les fêtes de familles, on l'encourage à tester l'alcool [...] Des enfants qui vivent avec des parents alcooliques » L.161 « Il y a aussi tout ce qui est en lien avec l'adolescence » L.283
Interview 8	« Pour ce qui est alcool ? Non, je n'ai jamais eu quelqu'un qui était en lien avec ça » L.27  « l'alcool ce n'est pas quelque chose qui vient à moi en tout cas, j'en entends pas trop parler, mais je pense bien que c'est réel [...] je pense qu'il y a une consommation qui est de plus en plus précoce » L.81	« J'ai de plus en plus d'élèves qui viennent me voir d'eux-mêmes ou qui sont envoyés par des profs pour des questions de tabac essentiellement. » L.23  « J'ai beaucoup de cas de maltraitance essentiellement»L.45  « Un groupe d'élèves, 4 filles il y a 2 mois de cela qui sont venues me voir, elles avaient fumé [...] le bois fumant » L.88  « J'avais été face à une élève chez qui j'avais détecté quand même des idées dépressives et beaucoup de mélancolies, de repli sur soi»L.98	« Les situations de santé mentale sont des situations auxquelles je suis beaucoup confrontée» L.112

## Collaboration pluridisciplinaire

	Déroulement	Professionnels collaborateurs
Interview 1	« Souvent c'est soit des copines qui ont remarqué et qui se font des soucis. Soit les enseignants qui remarquent » L.64	« je travaille déjà avec le service des ados, ça veut dire que quand j'appelle, si y'a une intervention du 144[...]. Je préviens Madame Caflisch, pour qu'elle puisse aller faire une évaluation et pour qu'elle voie le jeune. Sinon je travaille avec mes collègues au centre du cycle, conseillers sociaux et puis psychologues. Parce que c'est souvent des situations qu'on suit tous ensemble [...] pédiatres aussi! Ce sont les seuls intervenants avec lesquelles je suis entrée en contact.» L.153
Interview 2	<p>« Souvent c'est les profs qui le remarque alors soit ils les envoient à la direction qui me les envoie après ou alors des profs qui me les envoient directement. » L.29</p> <p>« moi j'ai le médecin puis mes collègues, ben on est très seuls vu qu'on se voit qu'une fois par semaine[...]On travaille beaucoup avec le secret partagé, avec la confiance, avec le bien de l'élève au centre donc c'est vrai qu'on a des réunions régulièrement, où même si moi je connais pas tous les jeunes qu'ils suivent et vice-versa, on se partage, on se soutient. [...] ils veulent pas alors ben dans ces cas-là je me fait un peu coaché par la psy. » L.123</p> <p>« Il faut que ce soit vu aussi comme un service de soutien aux parents. Moi je travaille beaucoup avec eux, soit pour des conseils soit je les oriente. Le SPMI, dans les cycles, ils ont les conseillers sociaux qui sont aussi beaucoup des intervenants médiateurs. On travaille aussi beaucoup comme ça avec les conseillers sociaux et moi sur la santé et l'éducation. » L.204</p>	<p>« Ca marche ou ça marche pas, si j'y arrive pas, je demanderai au médecin de venir une fois avec moi parce que, surtout dans ces populations-là quand même assez précarisées, le médecin ça reste le médecin [...] le médecin peut avoir l'autorité médicale.» L.50</p> <p>«Un accompagnement avec le médecin [...] pour qu'il y ait un suivi, une prise en charge spécifique parce que lui il va vers de l'addiction, quand on se lève et qu'on fume des joints à 8 heures du matin pour se donner du courage pour aller à l'école [...] c'est pas juste le festif du samedi soir quoi» L.92</p> <p>« C'est un travail entre l'école, le médecin du SSJ, le SPMI en arrière-plan où on est en contact avec eux juste pour savoir jusqu'où on va, donc c'est quand même un travail en réseau. » L.113</p> <p>« Et si quelque chose se fait au niveau de la famille et que le jeune est vraiment très opposé, le médecin prend le mauvais rôle « je vois tes parents, c'est comme ça. » L.251</p>
Interview 3		« On collabore aussi avec les conseillers sociaux, le planning, les associations, le SPMI, les TSHM ça peut être la maison de quartier. C'est très vaste mais en général le premier interlocuteur c'est les parents, ils sont mineurs. » L.120
Interview 4	« Tous les lundis je suis en conseil de direction où on traite	« Au cycle on a une équipe aussi, on est pas aussi seul qu'à l'école

	<p>toutes les situations problématiques chez les élèves. » L.83  « Souvent c'est la coordination avec les différents acteurs de la prise en charge qui est difficile » L.177</p> <p>« Ce n'est pas rare qu'ils me lancent un coup de fil en me disant « tu veux pas voir tel jeune ». Donc tout ce réseau, ça se crée, ce n'est pas évident quand on arrive en tant qu'infirmière dans une école » L.203</p> <p>« Dans le travail qu'on a ici en tant qu'infirmière c'est primordial de bien collaborer avec les enseignants. » L.295</p>	<p>primaire donc on travaille avec des assistants sociaux et des psychologues. » L.73  « Pour de la prise en charge individuelle d'un adolescent, (...)je vais plus travailler avec le médecin du service santé dans un premier temps (...)c'est une personne ressource importante. »L. 185</p> <p>« L'hôpital, les psys extérieurs aussi s'il y en a, je peux demander parfois conseil aide ou soutien des collègues. » L.190</p> <p>« Moi ça m'arrive d'utiliser aussi tout le réseau quartier, éducateurs de rue, animateurs de la maison de quartier. C'est souvent des élèves qui peuvent être des habitués de ces lieux-là. »L.198</p> <p>« Moi je travaille avec les FEC PES et les maîtres particulièrement dans les classes ateliers et dans les classes accueils » L.288</p> <p>« On collabore aussi avec les médecins de la médecine A2, l'unité de crise pour ados, phénix. » L.309</p> <p>« Et puis même les îlotiers donc la police municipale, c'est des gens qui sont quand même beaucoup dans le social. (...) ils viennent assez facilement à l'école si on a des soucis, et puis c'est pas des flics... » L.316</p>
Interview 5	<p>« Si il y a un suivi au SPMI et bien de reprendre contact avec le SPMI. » L.211</p> <p>« Nous avons aussi organisé quelque chose d'assez important sur plusieurs jours en relation avec la FEGPA. » L302</p> <p>« Voilà c'est une des limites de notre travail dans un cycle d'orientation mais on peut travailler en binôme aussi. » L.33</p> <p>« Nous utilisons beaucoup les troupes de comédiens comme « Caméléon » qui font du théâtre alternatif, ils ont</p>	<p>« Dans les écoles primaires il y a une infirmière et c'est tout, tandis qu'ici il y a une équipe et psychomédico-sociale, on travaille en équipe on se voit une fois par semaine, il y a deux psychologues à temps partiel, il y a deux conseillers sociaux aussi à temps partiel et puis il y a aussi un conseiller en orientation professionnel et moi-même. » L.9</p> <p>« On travaille avec action innocence. »L.223</p>

	beaucoup de thèmes comme l'alcool, du cannabis, du respect, des garçons filles. » L.295	
Interview 6	<p>« Et là on passe dans les classes. Avec « action innocence »</p> <p>« Dans notre cycle ça s'appelle le groupe santé &amp; bien-être. » L.536</p> <p>« Il y a une dynamique d'équipe qui très agréable, la directrice qui elle est venue...c'est le rêve ! » L.324</p>	<p>« Mais il y a la frustration, donc là c'est l'assistance sociale qui est avec nous, c'est la psychologue du cycle qui avec nous. » L 140</p> <p>« Qu'est-ce qu'on a à l'extérieur de l'école quand les élèves viennent pas ?, on a les éducateurs Hors murs »L.583</p> <p>« Nous plusieurs fois au sein de l'école, on s'était dit la meilleure chose qui pouvait arriver à ces jeunes, même si c'est outrant de l'entendre, c'est qu'ils se fassent prendre et qu'ils rentrent à la Clairière. » L.607</p> <p>« La juge elle peut demander que l'enfant soit en observation dans la Clairière avec une évaluation qui va être faite par les éducateurs, les assistantes sociaux. Que souvent ils demandent à l'école des participatifs après peut être que ça dépend la relationnelle qui existe entre les institutions. » L.612</p>
Interview 7		<p>« Donc la troisième étape a été de rencontrer la jeune fille avec un traducteur espagnole et le médecin du SSJ » L.78</p> <p>« Les thérapeutes avec qui on a fait des cours sur le sujet le disent aussi. Si un enfant décide de se montrer à travers l'alcool c'est que quelque chose ne va pas. » L.94</p> <p>« L'intervention du traducteur était vraiment très importante. » L.98</p> <p>« Je l'ai adressée, parce ce qu'à ce moment-là je travaillais beaucoup avec la consultation santé jeune, alors peut-être que vous savez y a une personne qu'est spécialiste des addictions, Mme Dejermon avec qui j'avais travaillé pour d'autres élèves donc je l'ai adressée directement à elle. » L.104</p> <p>« L'éducatrice à la santé donne ce cour au dixièmes, c'est un cours centré sur les addictions en général » L.189</p>

		<p>« Les assistants sociaux, les enseignants, par rapport au réseau, les doyens de l'écoles, la direction qui soutenait à fond le projet , les TSHM (travailleurs sociaux hors-murs) » L.209</p> <p>« L'ex ISPA qui s'appelle maintenant info addiction à Lausanne. » L.259</p> <p>« Une institution qui s'appelait « HELP ado » qui nous a soutenus dans une action collective, c'est une équipe et de psychologues et médecins formés aux addictions, alcool et polyadditions. » L.269</p> <p>« L'office médico pédagogique. » L.322</p> <p>« Les contacts les plus professionnels que j'ai eu pour traiter ce type de problème c'était avec la fondation Phénix. Et la consultation d'adolescents de l'OMP » L.349</p>
	<p>« Et vu que c'est un travail de réseau le C.O, les conseillers sociaux et les psychologues, toutes les questions qui sont en lien avec le domaine de la santé ils me les envoient. » L.41</p> <p>« Les conseillers sociaux, psychologues et infirmiers et des fois on intègre aussi les formateurs praticiens consultant en éducation pour la santé [...] t'as la clinique dentaire, t'as l'unité oui-oui et ensuite t'as les services médicaux avec les médecins, t'as les infirmiers et t'as aussi ce qu'on appelle des Fegpes [...] toute cette équipe qui se réunit dans le groupe santé et après ils choisissent une problématique par an. » L.56</p> <p>« L'avantage que tu as au cycle par rapport au primaire c'est que tu ne travailles pas seul [...] donc il y a vraiment un relai donc ça c'est un sacré filet de sécurité et parallèlement nous on a quand même notre médecin référent vers qui on peut aller, qu'on peut solliciter pour une consultation.» L.129</p>	<p>« Mon job c'est de récolter ses informations et d'orienter, je n'ai pas un rôle thérapeutique ou diagnostic. Donc au vu de tous ces éléments dans le cadre du cycle je l'ai orienté vers la psychologue qui l'a prise en charge » L.107</p>

## Rôle infirmier

Interview 1	<p>« Moi, mon rôle c'est juste qu'elles sachent que je suis là, je suis présente et puis que je suis pas dans une histoire de dénonciation mais plutôt d'aide et de soutien. » L.119</p> <p>« Nous, on fait un premier [...] défrichage. [...] pour essayer de comprendre ce qui s'est passé et essayer de renforcer un petit peu des conduites de protection aussi. Pour qu'elle puisse dire non, qu'elle puisse s'arrêter, qu'elle puisse appeler à l'aide, qu'elle se rende compte aussi des facteurs de risque et comment ne pas se mettre en danger. Facteur de protection je dirai. » L.243</p> <p>« Moi je leur mets des petites graines [...] petit à petit qu'il y ait une réflexion qui se fasse » L.522</p>	<p>« ...les jeunes c'est beaucoup plus vers l'infirmières qu'ils viennent puis les conseillers. Les psys c'est plus difficile. » L.181</p> <p>« On est un peu une gare de triage [...] on fait une première évaluation puis [...] on essaie de voir quel endroit le mieux adapté pour les recevoir. L.127</p> <p>« Tu sais que les soucis ça fait quand même mal à la tête, ça fait mal au ventre. C'est une tranche d'âge où tu parles beaucoup avec le corps. » L.394</p>
Interview 2	<p>« Un travail en individuel avec les jeunes et les parents, après, l'idée c'est qu'ils se rendent compte qu'il y a quand même un danger. » L.48</p> <p>« Alors on va se dire qu'on plante des petites graines... » L.260</p>	
Interview 3	<p>« Tout le travail c'est de les amener à accepter un suivi, un accompagnement. L.102</p>	
Interview 4	<p>« Ce que je propose, ce que je fais c'est accepté, on me fait confiance, c'est très très agréable. » L.48</p> <p>« Moi je sers de transmission » L. 156</p> <p>« Et puis dans les compétences, c'est vraiment des compétences d'entretien, relationnelles, toutes ces choses-là qu'il faut développer dans ce type de travail [...] tout ce qui est pédagogique, comment retransmettre, ça reste de l'enseignement » L.165</p>	<p>« La scolarité est un bon miroir pour voir si les choses ont fonctionné. Et puis souvent l'élève, il revient du coup, quand il voit que ça a porté ses fruits » L.279</p> <p>« Finalement on sème des petites graines, donc faut être confiant. » L.285</p> <p>« Moi j'ai fait plusieurs formations dans différents domaines et pis après on se forge nos propres outils [...] je suis plus particulièrement branchée sur tout ce qui est... de participation active du jeune, c'est-à-dire que ce soit lui qui trouve les solutions [...] on essaie de susciter</p>

		que le jeune s'interroge un peu et puis propose lui. » L. 339
Interview 5	« C'est plus facile d'aller voir l'infirmière avec des maux de tête dans un premier temps, plutôt que de venir frapper et de dire : je me sens pas très bien, je me pose de questions, je suis un peu triste » L.189	
Interview 6	« Faire une évaluation du développement psychomoteur, physique etc. de l'enfant. Donc ça c'était la première visite, après on avait présenté à la famille ce qui était le service santé. » L.377	« Et on est arrivé à créer des nouveaux carnets de santé, où les génogrammes et échocartes ont pu être introduits et avec une autre manière de se positionner à l'entretien de santé. » L.413
Interview 7	« Il faut qu'on mette en place un groupe santé, un groupe qui réfléchit sur les problématiques les plus saillantes afin qu'on puisse travailler en commun » L.193	« J'évalue la situation, chez un tout jeune faut voir [...] les modalités de la consommation ou si c'est vraiment quelque chose d'acquis. Parce que si je suis dans une problématique qui dure déjà depuis un certain temps je ne vais pas le revoir très longtemps, je vais l'adresser à l'extérieur. » L.297
Interview 8	<p>« Pour les rencontres individuelles, [...] uniquement pour les classes d'accueil. » L.41</p> <p>« C'est un rôle d'orientation [...] C'est vraiment recueillir la parole, essayer un peu de faire le point, de faire un peu le ménage de tout ce qu'on peut te dire et ce que j'ai appris surtout c'est recueillir la parole de l'enfant mais surtout de la famille après. C'est très important de garder une certaine distance professionnelle et de rester vraiment dans le factuel c'est-à-dire, faire un relevé d'observations cliniques. » L.16</p>	<p>« Les objectifs institutionnels c'est l'orientation ce n'est pas du diagnostic ni du thérapeutique. C'est aussi, parallèlement à ça, à l'action que tu mènes, conserver un regard et avoir toujours un suivi du dossier même si ce n'est pas en regard direct avec les interlocuteurs ou avec l'enfant. Il y a des situations, des enfants que j'ai orientés vers un psychologue mais que je revois de temps en temps juste pour faire le point. Parce qu'il y a aussi la santé avec sa dimension biopsychosociale ou c'est toujours intéressant de garder un œil sur sa santé globale en général alors que les psys vont s'attacher d'avantage au côté santé mentale. » L.184</p> <p>« moi j'ai fait une formation sur la médiation professionnelle dans le cadre de la formation continue donc c'est vrai que ça m'a amené pas mal d'outils mais bon la médiation ce sont quand même des techniques de soins que tu développes à l'hôpital, c'est de l'empathie, de l'écoute active, tous ces trucs-là donc après y a une relation naturelle qui se fait et voilà. » L.248</p>

## Confidentialité

	Secret médical	Confiance
Interview 1	« je pose le cadre assez rapidement. [...] y'aura pas de téléphone derrière ton dos [...] mais suivant ce que tu me dis je suis obligée de prévenir tes parents, je peux pas garder ça pour moi.[...] si j'estime qu'ils sont en danger » L.352	« [...] tu veux pas qu'on appelle tes parents[...]mais comment moi en tant qu'infirmière, je peux ne pas appeler tes parents quand t'es dans cet état là... Y'a toujours ce soucis de confiance ou de loyauté à soigner et essayer de bien argumenter pour qu'elle comprenne bien que si on appelle les parents [...] c'est plus pour la protéger que pour la mettre en danger. » L.191  « Appeler les parents. C'est ça la grande difficulté » L.207 [...] Puis après je suis pas chez eux donc je sais pas ce qui peut se passer non plus. Qu'est que ça peut déclencher. Donc c'est toujours délicat. » L.217
Interview 2	«je demande toujours la permission, je dis que moi je travaille avec mes collègues [...] pour qu'on m'aide, qu'on me donne un coup de main, je leurs dis, j'ai besoin de partager [...] Et ça ils acceptent plutôt volontiers, après ce qui est plus difficile c'est la famille, c'est là où on jongle avec le secret qui appartient au jeune et à partir du moment où ils ont la capacité de discernement... » L.245	«...ils sont mineurs, au cycle ils sont à l'école obligatoire, donc on jongle avec leurs droits et leurs sphère à eux et le fait aussi qu'on a un rôle d'adulte de les protéger contre des comportements à risque, contre des dangers.[...] oui c'est confidentiel, mais suivant ce qu'ils me disent, si j'ai l'impression qu'ils sont en dangers, je vais pas garder pour moi, je vais demander de l'aide, je le ferai avec eux, pas derrière leur dos. Parce que ils sont très chatouilleux là-dessus, sur cette histoire de loyauté. » L.153
Interview 3	« Ce qui se passe ici ça ne se dit pas sauf en cas de violences familiales car il y a obligation de dénonciation légale. Sinon c'est forcément avec l'accord du jeune. » L.159  « je tiens un registre, mais je ne parle jamais du contenu sans l'accord de l'élève. » L.166	
Interview 4		« Puis la fille me dit « non non non faut que vous veniez vous, vous avez le secret médical » donc ils étaient venus vers l'infirmière, pas vers un enseignant » L.112
Interview 5		
Interview 6		



Interview 7		<p>« pendant tout l'entretien il n'y avait qu'une obsession : « je ne veux pas que vous en parliez à ma maman ! » et je lui ai dit : « écoute je ne peux pas garder ça pour moi je vais voir avec toi ce qu'on peut faire pour t'aider parce que s'alcooliser comme ça à ton âge ce n'est quand même pas normal etc... J'aimerais quand-même rencontrer ta maman » L.53</p> <p>« peur des représailles » L.57</p> <p>« on peut pas résoudre ce type de problème sans la famille, surtout avec des enfants mineurs, c'est exclu ! » L.91</p> <p>« La difficulté d'en parler aux parents [...] la tendance au retrait après une première révélation [...] ils ont tellement peur qu'on en parle aux parents [...] la notion de confidentialité est très importante » L.278</p>
Interview 8	<p>« La difficulté principale, mais j'inclus que mon cycle, c'est être très vigilant par rapport à ce que tu transmets à la direction du cycle, aux doyens. [...] ils ont toujours cette curiosité, cette volonté d'en savoir un peu plus et nous on a quand-même un secret de fonction, un secret médical [...] au sein de l'équipe médico-social on sait que le secret est bien gardé mais t'as intérêt à être vigilant à ce que tu transmets et comment tu le transmets, le contenu surtout parce que ça va vite, il peut y avoir une rupture de confiance avec l'enfant et la famille du fait qu'il y a une fuite d'information » L.146</p> <p>« Et par rapport à la confidentialité là je n'ai aucune obligation de transmettre l'information aux parents. » L.268</p>	<p>« les jeunes je leur explique « on va parler d'un certain nombre de choses, tout ce qu'on va dire c'est confidentiel, par contre je te préviens, je te dis tout de suite qu'il y a certaines choses que je ne pourrais pas garder pour moi parce qu'elles sont trop importantes et que légalement je suis obligé de les transmettre » Donc la maltraitance et si on serai dans le cas d'idées suicidaires. [...] je pose d'entrée de jeu pour créer une relation de confiance après durant l'entretien en fonction de ce que j'ai détecté ou retenu je lui dis, « écoute là je trouve intéressant est-ce que t'acceptes que j'en parle à tel ou tel personne, est-ce que t'acceptes que j'en parle à tes parents ? Est-ce qu'on peut les rencontrer ? » Faut vraiment clarifier les choses tout de suite » L.220</p> <p>« Ils ont toujours la crainte des représailles, mais prudence, je me suis faite 2-3 fois avoir depuis que j'ai commencé, des ados qui étaient venus me voir pour me dire qu'ils avaient été maltraités physiquement par leurs parents donc tu recueilles, tu écoutes et en fin de compte tu leur expliques comme tu l'avais dit au début que j'ai pas le choix que je vais devoir en parler notamment à mon médecin et qu'on va devoir</p>

		convoquer tes parents » ah non ah non non [...] c'est très important d'entendre tout le monde après de les réunir et de faire le point, on pourrait appeler ça une médiation » L.234
--	--	--

## Prévention

	Individuelle	Collective
Interview 1		«...ici au cycle on a un groupe santé, donc en fait ça va faire deux ans qu'on a travaillé sur le thème de l'alcool pour les 11 <sup>ème</sup> . On a travaillé avec le groupe santé par rapport aux conduites à risques filles et garçons avec Caméléon, un théâtre interactif. [...] Puis après on reprend ça en classe, c'est sympa.» L.252
Interview 2		<p>« Ce que j'ai fait plusieurs fois dans les cycles avec le groupe santé, y'a le doyen qu'est responsable, la FEGPES, l'éducatrice et les conseillers sociaux, l'idée c'est de promouvoir, d'organiser certaines activités selon les besoins qu'on en retire etc. Et les dernières années, on avait fait beaucoup avec le théâtre forum caméléon, les relations filles garçons et l'alcool. Donc moi j'intervenais aussi après dans les classes avec la FEGPES pour parler de l'alcool et des autres abus de substances » L.53</p> <p>« ...leur rappeler que Facebook et tous ces machins-là c'est pas du privé, qu'il y a des lois, des règlements. Ils peuvent être vraiment très méchants entre eux et sans vraiment en saisir la portée non-plu. C'est aussi pour ça qu'on a appelé « Action Innocence » dans le cycle, parce qu'on a eu beaucoup de problème avec des parents qui ont porté plainte, parce qu'il y a des choses qui allaient loin. » L.302</p>
Interview 3		<p>Sinon je fais des interventions dans les classes avec l'éducatrice à la santé L.178</p> <p>faites-vous de la prévention directement par rapport à l'alcool, la cigarette, la drogue ? Oui je fais ça dans le cours de 1<sup>er</sup> secours, position latérale de sécurité, massage cardiaque, à ce moment là j'aborde le sujet je le fais très directement. Si les élèves ne sont pas bien si ils ont fumé bu de l'alcool alors à ce moment je le fais individuellement. L.185</p>

		<p>Le fait qu'il n'y ai plus de consommation c'est le critère d'une bonne prévention ? Non, qu'il y ai une consommation modérée ou un apprentissage de la consommation alors là on arrive à quelque chose. L.195</p>
Interview 4		<p>C'est vraiment un travail au niveau de la prévention qu'on doit faire dans les écoles (...) moi je travaille énormément avec la FEGPES qui intervient dans ce cycle. L.154</p> <p>Et puis on a des interventions ciblées sur les risques particuliers. L.163</p> <p>j'ai beaucoup d'intervention dans les classes. L.168</p> <p>Il y'a toutes sortes de choses qu'on peut mettre en place et puis les enseignants peuvent aussi venir demander. L.293</p>
Interview 5		<p>« je donne des cours de premiers secours, c'est le cours de réanimation cardio-pulmonaire que je fais avec toutes les classes de 10<sup>ème</sup> ».L.138</p> <p>« savoir ce qu'il faut faire même si dans un premier temps ils pensent qu'ils vont pouvoir tout faire eux-mêmes, on n'attend pas il faut appeler un adulte, la peur de l'adulte, du gendarme on la met dans un coin »L.145</p>
Interview 6		<p>Les contenus du cours (de prévention) pour moi c'est important de les connaître. Parce qu'une fois qu'elle (FEGPES) part, qui est-ce qui va affronter les élèves qui ont des doutes dans son cours ? Parce qu'elle passe et elle passe. Donc après c'est moi qui doit être au front en individuelle. L.531</p>
Interview 7		<p>« la soirée de l'escalade [...] on était une quinzaine d'adultes et les élèves étaient vraiment très contrôlés ils ont engagé à chaque entrée des élèves du collège qui avaient été ici pour faire la sécurité et il n'y a pas eu de problèmes d'alcool du tout. » L.170</p>

		<p>« Ils n'ont pas été au cortège ici donc y a des choses qui n'ont pas pu se faire parce qu'ils avaient peur de la contamination du collège avec les histoires d'alcool et autre et du coup le directeur d'ici a décidé d'annuler cette manifestation (le cortège costumé). » L.177</p> <p>« ils ont fait appel à deux comédiens qui font des scénettes [...] de tous les risques qui peuvent être pris sous l'emprise de l'alcool. Les élèves peuvent intervenir s'ils en ont envie, ces scénettes sont reprises après en petits groupes et on fait parler les élèves sur leur vécu, leur ressenti et c'est vraiment très intéressant avec une soirée parent avec un médecin spécialiste des addictions pour les parents. Il y avait aussi une exposition qui avait été faite pour les années avant du SSJ qui s'appelait « Faire la fête sans bad trip » L.196</p> <p>« on a présenté déjà ce qu'était l'alcool, les effets que ça pouvait avoir, les conséquences, on leur a montré des films assez violents, de comas éthyliques, d'élèves qui ont fait des lavages gastriques, en phase létal et tout ça. Je trouvais presque un peu violent mais ça marque ! Donc on a fait une partie théorique et dans la deuxième partie on avait des photos, type photo-langage avec plein de situations à risque ; la violence, les prises de risque sexuelles... Et on les a fait discuter en petits groupes là-dessus et la dernière étape que j'ai pas trouvé très utile, on leur a fait calculer leur taux d'alcoolémie en fonction du sexe et du poids » L.216</p> <p>« le programme « be my angel », on demandait au jeune ce qu'il avait bu lors de sa dernière soirée puis on lui montrait sa courbe de l'évolution de l'alcoolémie sur 24h et tous les risques qui s'affichaient en face, ça c'était vraiment parlant pour eux. [...]il faut vraiment quelque chose d'assez interactif. » L.228</p> <p>« Pour éviter les décès par abus d'alcool, c'est important de savoir ce qu'il faut faire avec un camarade qui a bu, qu'on ne le laisse pas tout seul dehors dans le froid. » L.241</p>
--	--	--

		« le site CIAO » L.266
Interview 8	« Dans le cycle il y a deux genres de missions, les missions individuelles ou tu rencontres les élèves pour des problématiques sociales ou psychologiques en santé mentale et après t'as la dimension collective ou tu vas vers les élèves tu fais de l'information» L.34	<p>« dans chaque cycles d'orientation il y a ce qu'on appelle des « groupes santé » » L.55</p> <p>« Chez nous cette année c'est la cyberdépendance. » L.63</p> <p>« la cyberdépendance c'est aussi un objectif institutionnel du service. Ils fixent des objectifs institutionnels de promotion de la santé et la cyberdépendance rentre dans ce cadre-là. C'est la thématique du moment » L.73</p>

## Prise en charge infirmière

	Parents	Entretien individuel	Outils
Interview 1	<p>« Avec les parents je suis surtout, pour le moment, dans une écoute et puis orientation de service si y'a besoin. » L.233</p> <p>« A partir du moment où on a une élève qui est alcoolisée il faut qu'on voit les parents derrière [...] déjà on est obligé de prévenir les parents qu'elle part en ambulance et ensuite de ça de voir la répercussion qu'il y a sur la famille aussi » L.334</p>	<p>« Il y a des situations où, si j'estime ou si j'évalue que la jeune elle est lucide, qu'elle est consciente [...] à ce moment-là, je me dis, je vais pas appeler les parents. Par contre je la revois. Je vais lui redonner un rendez-vous pour en discuter plus longuement. » L.222</p> <p>« J'oriente au planning en fait. Mais je m'assure après avec le planning que l'élève a été ou alors je l'accompagne physiquement. » L.436</p>	
Interview 2	<p>« moi je fais un travail avec l'élève et les parents, un travail d'enseignement, d'information, la plupart du temps les parents sont au courant et sont quand même souvent dans le déni, dans la banalisation, donc c'est assez compliqué. » L.37</p> <p>« alors si ça se dit (dans la famille), c'est plus facile d'aborder les parents et pis l'art et la manière d'essayer de leur faire comprendre qu'il y a une part de responsabilité qui est la leur quand même, mais ils sont aussi beaucoup dans l'impuissance, » L.176</p> <p>« Et donc en fait c'est de travailler avec les parents sur comment reprendre leur rôle parental de</p>	<p>« C'est de les orienter vers l'extérieur si y'a besoin et puis de continuer à faire un suivi ponctuel mais c'est vraiment plutôt individuel. » L.53</p> <p>« c'est un travail qui se fait soit seul avec le jeune, soit seulement avec moi le jeune et le médecin sans les parents mais en se voyant régulièrement, une fois par mois en faisant le point avec comment ça se passe à l'école, comment ça se passe à la maison, pis en se disant ok c'est relativement cadré, pis si c'est pas cadré, si c'est quand même un style où il y a une alcoolisation forte, ben oui faut que les parents soient au courant. » L.214</p>	<p>« Je sais pas ce que mes collègues ont dit mais franchement je vois pas d'outils de travail là-dessus. Vous parlez des suicides, donc moi j'en traite quand même relativement peu parce que très vite moi j'oriente, mais là on a des échelles...le CEPS, le centre d'enseignement et de prévention des suicides de l'hôpital cantonal ont une échelle » L.174</p>

	mettre des limites pour la santé et la sécurité de leur enfant. » L.201		
Interview 3	« si il y a une de violence dans la famille on ne peut pas attendre. » L.110		« Le travail c'est une question d'expérience, ça dépend comment le jeune arrive il y en a qui arrivent qui ne vont pas bien mais qui ne disent rien, c'est l'évaluation qui va nous faire penser à certaines choses. » L.130
Interview 4	« Je rencontre la famille si la santé du jeune me préoccupe, alors je lui demande son accord. » L.233  « On contacte souvent la famille en cas d'absentéisme scolaire » L.239	« Nous en tant qu'infirmières on suit pour le retour à l'école, pour être sur que tout se passe bien une fois qu'ils sont de nouveau là. » L.71  « Et pis l'adhésion du jeune, qu'il accepte, je dirais que c'est vraiment les plus grandes difficultés. » L.178	« Alors les outils d'évaluations, nous on en a pas un, moi j'ai pas (...) alors c'est vrai qu'eux ils ont compté leurs croix donc ça veut dire à risque. Je me suis dit, mais finalement il faut aussi se méfier de ces outils. Ça peut être utile et pis moi j'ai l'impression qu'à la longue, on les a aussi en tête, dans les questions qu'on pose, on sait. » L.213
Interview 5			« Lorsqu' on les voit en 2P Harmos, remplir les vaccinations, il y a aussi la visite de santé qui se fait, avec les parents, il y a une rubrique suivi, il y a la posture, le BMI, et puis il y a aussi la visite de fin de scolarité, donc c'est vrai quand moi j'ai quelqu'un qui vient, je vais chercher le dossier pour voir ce qu'il y a déjà de marqué et je regarde si il y a quelque chose par exemple un divorce. Ce sont des outils qui nous permettent de comprendre un peu. » L.202
Interview 6	« Toute façon je m'en fout vous prenez en charge mon fils vous pouvez l'emmener ou vous voulez, moi je vous donne carte blanche ». L.271		« Mais je l'utilise et puis il faut reconnaître qu'il a beaucoup d'utilité et puis il y a un sens de l'utiliser. Je l'utilise pas tout le temps parce que après il y a des liens qui se créent au premier entretien qu'on a plus besoin d'utiliser le questionnaire. » L.457



			« Et puis il y a avait un groupe qui s'est formé et s'appelait « la souris et la plume ». Et puis avec ce groupe on est arrivé avec l'aide de la superviseuse, à avancer dans un travail beaucoup plus construit professionnellement, elle nous apportait des apports vraiment théoriques sur l'évolution du soin infirmière. » L.413
Interview 7			« On en avait un(outil) que le SSJ nous avait donné quand on a fait l'entretien motivationnel et je l'ai très peu utilisé, plutôt une question de feeling[...] Et je trouve que chaque situation est différente, le problème avec un questionnaire comme ça c'est qu'on ne va pas vers la priorité de l'enfant.» L.348
Interview 8	« La relation avec les parents, c'est quelque chose qui se fait assez volontiers et naturellement, les parents sont preneurs généralement. Après c'est toujours une question de secret, la confidentialité » L.138	«Elles sont donc venus me voir pour me poser des questions déjà sur la nocivité (bois fumant), donc ce sont des choses que j'ai dû reprendre avec elle. » L.91	« Je n'étais même pas au courant, je n'utilise pas de grilles. [...] Au SSJ, en terme de protocoles, t'en as surtout sur la maltraitance ou sur les maladies épidémiques sinon t'as rien d'autre. » L.121 « je pense qu'on devrait avoir une formation sur les addictions, savoir comment on prend en charge ces gens qu'est-ce qu'on peut leur dire et présenter le réseau parce que c'est vrai qu'on peut être démuni, ce n'est pas tout d'écouter.»L.256