



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Premier ministre



Prévention des conduites addictives

Guide d'intervention en milieu scolaire

octobre 2005

Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche
Direction de l'Enseignement scolaire - eduscol.education.fr/drogues

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie – www.drogues.gouv.fr

SOMMAIRE

INTRODUCTION : PREVENIR LES CONDUITES ADDICTIVES EN MILIEU SCOLAIRE - QUELS OBJECTIFS POUR LES INTERVENTIONS ?	2
I - POINTS DE REPERES POUR LES INTERVENANTS	6
1 - POLITIQUE DES ETABLISSEMENTS DANS LE DOMAINE DE L'EDUCATION ET DE LA PREVENTION.....	7
2 – SANTE ET DEMARCHES DE PREVENTION.....	9
3 - PRATIQUES DE CONSOMMATION.....	11
3.1. <i>DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES</i>	11
3.1.1. La consommation de cannabis chez les jeunes.....	11
3.1.2. La consommation de tabac et d'alcool chez les jeunes	13
3.2. <i>LES PRODUITS</i>	15
3.2.1. Le tabac	15
3.2.2. L'alcool.....	20
3.2.3. Le cannabis	27
3.2.4. Les médicaments psychoactifs.....	31
3.2.5. Les inhalants et solvants	34
3.2.6. L'ecstasy et les amphétamines	35
3.2.7. La cocaïne	38
3.2.8. L'héroïne.....	40
3.2.9. Les autres drogues : drogues de synthèse et hallucinogènes	42
3.2.10. Le dopage.....	44
3.3. <i>L'ACTION DES DROGUES SUR LE CERVEAU</i>	46
3.4. <i>DONNÉES GÉOPOLITIQUES</i>	48
4 - LES LOIS ET LES REGLEMENTS	49
5 - LE DEVELOPPEMENT PSYCHOAFFECTIF ET LES PRATIQUES DE CONSOMMATION A LA PREADOLESCENCE ET A L'ADOLESCENCE	53
6 - RESSOURCES - POINTS D'APPUI.....	61
6.1. <i>RESSOURCES DES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES</i>	61
6.2. <i>RESSOURCES INSTITUTIONNELLES, ASSOCIATIVES ET RÉSEAUX DE SOINS</i>	61
II – LES SEANCES	65
2.1. <i>ORGANISATION DES SÉANCES</i>	66
2.2. <i>CHARTRE D'INTERVENTION</i>	69
2.3. <i>REPÈRES PRATIQUES POUR L'ÉVALUATION</i>	71
2.4. <i>LIENS AVEC LES ENSEIGNEMENTS</i>	77
2.4.1. Lien avec les programmes dans le premier degré	77
2.4.2. Lien avec les programmes des sciences de la vie et de la Terre au collège et au lycée	80
2.5. <i>SÉANCES CM2 – 6ÈME</i>	82
2.6. <i>SÉANCES 5ÈME – 4ÈME</i>	91
2.7. <i>SÉANCES 3ÈME – SECONDE</i>	102
2.8. <i>SÉANCES 1ÈRE – TERMINALE</i>	110
III - ANNEXES	114
1 – <i>QUELQUES CRITÈRES POUR UNE « ÉCOLE EN SANTÉ »</i>	115
2 – <i>PROGRAMMES VALIDÉS DE PRÉVENTION</i>	116
3 - <i>SITOGRAFIE</i>	122
4 – <i>TEXTES DE RÉFÉRENCE</i>	123

INTRODUCTION :

PREVENIR LES CONDUITES ADDICTIVES EN MILIEU SCOLAIRE - QUELS OBJECTIFS POUR LES INTERVENTIONS ?¹

Le document que vous avez entre les mains n'est ni un traité de pédagogie ni un ouvrage de référence relatif aux addictions. Il s'agit d'un guide d'intervention, c'est à dire d'un outil orienté vers l'action, conçu pour mettre à votre disposition les éléments concrets susceptibles de vous aider à intervenir dans un milieu particulier, caractérisé par des « règles du jeu » bien spécifiques (le milieu scolaire) sur un thème complexe qui met en jeu de multiples dimensions et conduit à poser un grand nombre de questions éthiques.

La prévention des conduites addictives en milieu scolaire

En amont des fiches techniques, proposées plus loin, il importe ici de préciser le cadre au sein duquel prennent place les interventions à l'école, au collège ou au lycée. En effet, la prévention des conduites addictives se développe dans différents milieux, d'abord et surtout familial mais aussi associatif, sportif ou scolaire sans oublier la contribution des médias notamment la télévision. L'intervention en milieu scolaire se doit donc, non d'être pensée seule, mais en articulation avec ce qui est dispensé dans les autres lieux de vie et de développement de l'enfant ou de l'adolescent.

Le système éducatif français présente des caractéristiques telles qu'il n'est pas possible de mettre en place n'importe quelle démarche de prévention. Toute intervention ne peut que respecter la « règle du jeu » de l'école, tenir compte à la fois des missions assignées à notre système éducatif et des valeurs qui le fondent. Ces « règles du jeu », au premier rang desquelles la distinction sphère privée, sphère publique, sont celles qui constituent le contrat entre l'école et la nation. L'enjeu pour tous les acteurs de la prévention des conduites addictives en milieu scolaire est donc d'articuler des objectifs de santé publique (abaisser le niveau des consommations et des risques comme le prévoit le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool) à la mission de l'école.

Donner les moyens de faire des choix éclairés et responsables

Se basant sur la loi d'orientation pour le système éducatif, la circulaire n° 98-237 du 24/11/1998, précise qu' « à l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet aussi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences ». Ces éléments permettent de situer la légitimité de la prévention des conduites addictives non pas en référence aux problèmes de

¹ Texte rédigé par Didier JOURDAN, professeur des universités, IUFM d'Auvergne

santé mais en terme de construction de compétences visant à permettre à la personne de faire des choix éclairés et responsables. Prenons l'exemple de la consommation de tabac. Celle-ci est légale, fumer relève donc de la liberté individuelle (à condition de respecter la loi, en particulier en ce qui concerne l'interdiction de fumer dans des lieux, notamment ceux affectés à un usage collectif). S'il est légitime que l'école délivre une éducation dans ce domaine ce n'est pas au titre d'un interdit légal (comme c'est le cas pour les drogues illicites tel le cannabis) mais au nom d'une idée de l'homme et du citoyen : la consommation de tabac comme des autres psychotropes peut générer une dépendance, une aliénation, une perte de liberté. L'école est fondée à mettre en œuvre des activités permettant à l'élève de disposer des compétences lui permettant de conserver sa liberté, c'est à dire d'être capable de faire des choix responsables. Il s'agit de donner les moyens à la personne de prendre soin d'elle-même, d'exercer sa responsabilité envers sa propre santé.

Pour que de tels choix soient possibles, il est nécessaire que des connaissances soient acquises : connaissance de soi et de ses besoins, connaissances relatives aux effets des diverses drogues ... Mais ce n'est pas suffisant. Il est indispensable d'être en capacité de choisir, de mettre à distance la pression des stéréotypes (qui associent tabac et statut d'adulte ou bien cannabis et produit jeune, banal et libérant, etc.). C'est bien le rôle de l'école que de mettre en œuvre des activités visant, par exemple, à rappeler la loi, transmettre des connaissances scientifiques relatives aux produits, développer l'estime de soi ou la capacité à résister à l'emprise des médias et des pairs. Il s'agit de permettre aux élèves de s'approprier les moyens de construire leur propre liberté au cœur de la cité comme personne et comme citoyen ... c'est-à-dire d'éduquer à la citoyenneté.

Les objectifs des interventions préventives

Ainsi, certaines des séances proposées dans ce guide ont-elles pour objectif de conduire les élèves à maîtriser des connaissances et des compétences relatives à leur santé et à leur bien-être notamment dans le domaine des addictions (tabac, alcool, cannabis). D'autres invitent à aller plus loin en laissant une place au développement des compétences sociales à défaut desquelles il est difficile d'acquérir le moindre pouvoir sur sa propre santé. Deux types d'activités sont ainsi proposées. Les premières visent une prise de conscience des ressources de chacun dans le domaine de la santé par un travail sur l'image de soi, l'estime de soi, la perception du corps, le rapport à la santé. Les secondes sont focalisées sur une mise à distance critique des stéréotypes et des pressions sociales poussant à la consommation ainsi que sur l'identification de ce qui, dans l'environnement, tend à réduire la liberté de choisir de ne pas consommer.

D'autre part, des enfants et des adolescents sont d'ores et déjà confrontés aux pratiques addictives. Certains d'entre eux peuvent être en difficulté avec l'un ou l'autre des produits, se trouver désemparés et ressentir le besoin d'être aidés. Les interventions peuvent jouer ici un rôle de révélateur, il est donc indispensable que soit développée leur aptitude à demander de l'aide.

Ceci étant, une grande part des enfants et des adolescents n'étant pas consommateurs et encore moins en difficulté avec des produits psychotropes, c'est aussi la capacité à être attentif à autrui, à demander de l'aide pour un autre que soi, dans une perspective de solidarité, qui doit être développée.

Les objectifs des séances peuvent donc être définis de la façon suivante :

Les objectifs des interventions en milieu scolaire :

- Donner aux élèves les moyens de maîtriser des connaissances et des compétences relatives à leur santé et à leur bien-être notamment dans le domaine des addictions (tabac, alcool, cannabis)
- Développer chez les élèves des compétences leur permettant de faire des choix responsables :
 - Par une prise de conscience des ressources de chacun, dans le domaine de la santé (à travers ses dimensions physique, mentale et sociale)
 - Par une mise à distance critique des stéréotypes et des pressions sociales poussant à la consommation
- Permettre aux élèves de connaître et de s'appropriier les lois (loi de 1970, loi Evin) et les règlements
- Donner les moyens aux élèves d'être aptes à demander de l'aide pour eux et pour les autres.

Des interventions qui s'insèrent dans la démarche d'éducation à la santé développée à l'échelle de l'établissement

Bien que de nombreuses structures contribuent à son éducation, l'enfant (comme fille ou fils, élève, membre d'une association sportive ou culturelle ...) est unique. La question de la cohérence entre toutes les contributions à son éducation ne peut être éludée. Cette question se pose tant au sein de l'établissement scolaire (en terme de respect de la loi Evin par exemple) qu'entre l'établissement et ses partenaires. Les textes appellent à une telle prise en compte de l'éducation à la santé au cœur du projet éducatif : « l'éducation à la santé prend appui sur la transmission de savoirs et de connaissances et passe par l'organisation du cadre de vie à l'école et des activités éducatives² ». En effet, au-delà des activités spécifiquement centrées sur les conduites addictives, l'éducation à la santé ne peut prendre tout son sens que dans la mesure où elle s'insère dans une démarche plus vaste de promotion de la santé au sein de l'école, du collège ou du lycée. Hors d'un réel investissement en matière de vie collective dans l'établissement, d'accueil des élèves, de relation aux parents et aux partenaires, de présence de services sociaux et de santé, les séances relatives aux conduites addictives risquent de sonner bien faux aux oreilles des enfants et des adolescents !

De très nombreux établissements disposent d'un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), dont la finalité est explicitement de fédérer les actions de prévention, de mobiliser les acteurs de la communauté éducative et de renforcer les partenariats³. C'est bien en articulation avec le travail mené au sein du CESC que doivent être proposées les séances relatives aux conduites addictives. Ceci étant, les modalités de l'implication dans une démarche d'éducation à la santé et à la citoyenneté diffère fortement d'un établissement à l'autre. Les séances seront donc soit parties prenantes de la politique de l'établissement en matière de conduites addictives si elle existe, soit elles pourront constituer un appel à la mobilisation des acteurs de l'école du collège ou du lycée.

² Circulaire n° 98-237 du 24/11/1998

³ CESC : décret n° 2005-1145 du 9 septembre 2005 (article 20) modifiant le décret n° 85-924 du 30 août 1985

Promouvoir le développement de la prévention des conduites addictives en milieu scolaire ne peut se limiter à la mise en place des interventions. Comme le souligne le rapport des inspections générales⁴, c'est sur l'équipe éducative et plus particulièrement les enseignants, dans le cadre de leurs cours, que doit s'appuyer le dispositif d'éducation à la santé. Le lien avec le travail des enseignants est un élément déterminant. C'est pourquoi chacune des fiches d'intervention renvoie à des suggestions d'activités pouvant être mises en place par les enseignants.

La mise en place des « séances d'information sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé », telles qu'instaurées par la loi de santé publique constituent une chance réelle pour les écoles, les collèges et les lycées. Pour peu qu'elles ne se limitent pas à une intervention sans aucun lien avec la vie des établissements, elles peuvent contribuer à une prise en compte de la question des conduites addictives au cœur des différents domaines de la vie scolaire. Pour cela, une grande attention doit être apportée à leur intégration à la dynamique éducative des établissements, à leur articulation avec les projets fédérés par le CESC.

⁴ « Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège ». Rapport aux ministres de l'éducation nationale et de la santé rédigé par les inspections générales de l'éducation nationale, de l'administration de l'éducation nationale et des affaires sociales. Janvier 2004.

I - POINTS DE REPERES POUR LES INTERVENANTS

1 - POLITIQUE DES ETABLISSEMENTS DANS LE DOMAINE DE L'EDUCATION ET DE LA PREVENTION

La politique d'établissement

Pour avoir une quelconque portée positive, les actions de prévention des conduites addictives doivent s'inscrire dans une réelle politique d'école ou d'établissement.

Par exemple, à quoi cela pourrait-il servir de partir des représentations des élèves pour une séquence informative si, le reste du temps scolaire, la parole de l'élève n'est plus prise en compte et si autorité et autoritarisme sont confondus ?

Une politique d'établissement implique tous les acteurs de l'école du collège ou du lycée. Elle se bâtit en s'accordant sur des valeurs et en partageant des objectifs. Elle sous-tend tous les actes de la vie pédagogique et de la vie scolaire et vise, bien entendu, la réussite de tous les élèves mais sans négliger pour autant le bien-être des adultes et des élèves pour un « vivre ensemble » de qualité.

La prévention ne peut se résumer à une annexe ou un simple volet d'un projet d'école ou d'établissement. Elle doit relever d'une politique qui traverse tous les champs de l'action pédagogique et éducatrice. Chaque adulte doit alors prendre conscience que son attitude, ses propos, son enseignement, ses sanctions... sont toujours perçus par les élèves par rapport à ce qui est observé chez les autres personnels. Ainsi des variations trop grandes, nuisant fortement à la cohérence, auront des incidences négatives dans la construction psychique des élèves, d'où cette nécessité impérieuse de travailler tous dans le cadre d'une vraie politique, source puissante d'une réelle prévention.

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)

Le CESC est une instance de l'EPL dont la composition et les missions sont définies dans le décret n° 2005-1145 du 9 septembre 2005 (article 20) modifiant le décret n° 85-925 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement.

La prévention des consommations de drogues licites et illicites est au cœur des missions des CESC, largement financés par la MILDT, par l'intermédiaire de ses chefs de projet départementaux placés auprès des préfets.

Le CESC travaille dans une dynamique de projet et inscrit son action globale au service de la politique définie par le conseil d'administration puis déclinée dans le projet d'établissement.

Les CESC de plusieurs établissements peuvent fonctionner en réseau sur un territoire défini et inclure des écoles, pour des actions concertées.

Les choix effectués quant à la mise en œuvre des actions doivent répondre à des besoins exprimés par les élèves ou à des problématiques mises à jour lors d'un bilan éducatif établi à l'interne et par les partenaires puis discuté et validé pour élaborer une base de réflexion commune à tous les membres du CESC, à savoir un bilan partagé. A cette occasion, on définira très en amont les indicateurs qui serviront ultérieurement pour l'évaluation des actions.

Chaque année, un bilan détaillé de toutes les initiatives du CESC sera présenté au conseil d'administration. Ainsi selon les résultats et leur adéquation à la politique de l'établissement, des ajustements ou des réorientations de l'action pourront être définis. A cette occasion, les acteurs devront bien avoir en tête qu'une politique de prévention ne peut que s'inscrire dans le moyen terme (3 ou 4 ans pour correspondre au temps de passage d'une cohorte d'élèves dans un établissement).

Le CESC trouve toute sa justification et sa pleine efficacité quand il permet à la politique de prévention d'irriguer les enseignements et d'apporter la nécessaire cohérence aux actions entreprises en termes de santé et de citoyenneté.

Dans le cadre précis de la prévention des conduites addictives, le CESC constitue le cadre propice à la préparation des séances au sein de l'équipe éducative et avec des partenaires extérieurs. Il favorise aussi le suivi dans les enseignements et la vie scolaire.

2 – SANTE ET DEMARCHES DE PREVENTION

La démarche de prévention des conduites à risque et l'information sur les dangers encourus lors de consommation nocive existent depuis fort longtemps. L'étude des documents utilisés pour la prévention dans ce domaine comme pour toute question de santé lors du siècle dernier montre les méthodes alors utilisées : la transmission d'informations était la base de la démarche et les conséquences néfastes sur la santé avaient la première place, avec parfois des illustrations explicites et édifiantes... Cette démonstration s'accompagnait bien souvent d'un discours moralisateur, où le consommateur était désigné comme « mauvais » et « coupable » car incapable de prendre ses responsabilités.

Les spécialistes avaient le rôle principal dans cette conception de la prévention et « celui qui savait », essentiellement le corps médical, transmettait la vérité à « celui qui ne savait pas », avec l'aide des instituteurs, eux aussi détenteurs du savoir.

Les résultats, en termes d'évolution des comportements, ne donnaient pas grande satisfaction, le public destinataire, totalement passif dans cette démarche, n'étant pas facilement convaincu de ces injonctions...

Ces méthodes ont pourtant perduré de nombreuses années et il faut attendre la fin des années soixante-dix pour une prise de conscience massive des professionnels et voir s'élaborer une nouvelle philosophie de la prévention.

C'est en effet avec la Charte d'Ottawa, en 1986, que l'on voit apparaître la construction d'une éducation à la santé fondée sur une démarche positive de promotion de la santé.

En se fondant sur la définition pourtant ancienne de la santé élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), se dessine dès lors la prise en compte des différentes dimensions constitutives de la personne.

Une définition de la santé

« La santé est un état de complet bien-être physique, social et mental et pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité ».

Si cette formulation ouvre à d'autres débats, il faut remarquer que dès 1946, date de sa création, l'O.M.S. soulignait ainsi la nécessaire prise en compte de la personne dans les différentes dimensions qui la composent.

La santé ne s'entend plus par une approche uniquement médicale : si le corps est présent, s'il est donc nécessaire de connaître les besoins de ce corps, il n'est pas le seul déterminant de la santé et les spécialistes -les scientifiques et les médecins- ne sont plus les seuls interlocuteurs légitimes pour parler de santé.

L'approche globale de la santé permet la prise en compte de l'environnement de la personne, son ressenti face aux situations qu'elle rencontre et le choix des réponses qu'elle peut décider pour ce qu'elle, et elle seule, considère comme favorable pour sa santé.

Ainsi, la tâche des professionnels de la prévention se complique singulièrement... Il s'agit en effet, en apportant informations certes mais aussi réflexions, de développer des comportements favorables à une « bonne santé » en alliant exigences médicales et scientifiques et adhésion des populations destinataires des messages de prévention.

La promotion de la santé

Mettre en évidence les « avantages » d'un comportement favorable à la santé est la démarche fondatrice de l'éducation à la santé, mise ainsi au service de la promotion de la santé.

Au-delà des savoirs, se construisent des savoir-faire et des savoir-être qui participent aux différentes dimensions de la personne. C'est par ce processus d'appropriation que peuvent être développées les compétences nécessaires à ces choix.

Ainsi, « quand les comportements sont liés à une capacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration de la compétence psychosociale pourrait être un élément important dans la promotion de la santé et du bien-être, puisque les comportements sont de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé » (O.M.S.).

La santé doit donc être perçue comme une ressource de la vie quotidienne. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources socio-culturelles et individuelles ainsi que les capacités des personnes.

3 - PRATIQUES DE CONSOMMATION

3.1. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES⁵

3.1.1. La consommation de cannabis chez les jeunes

D'abord quelques données chiffrées...⁶

Le cannabis est de loin la drogue illicite la plus consommée entre 12 et 18 ans. En effet, alors que moins de 5% des jeunes (ce quel que soit l'âge) ont déjà pris des drogues illicites comme l'héroïne, la cocaïne ou l'ecstasy, la proportion de ceux qui ont pris du cannabis peut atteindre la moitié des filles et les 2/3 des garçons à 18 ans.

- (1) L'expérimentation de cannabis, faible à 12 ans (4% des garçons et 1% des filles en ont pris au moins une fois) progresse de manière fulgurante ensuite : à 15 ans 32% des garçons et 25% des filles ont déjà expérimenté, pourcentage qui atteint à 16 ans 42% (garçons) et 35% (filles) et à 18 ans 66% (garçons) et 52% (filles).
- (2) Quant à la consommation régulière (au moins 10 fois dans le mois), elle croît dans les mêmes proportions. Exceptionnelle à 12 ans (1% des garçons et 0 % des filles ont alors une consommation régulière), cette consommation régulière augmente ensuite : à 15 ans 5% des garçons et 2% des filles ont une consommation régulière, pourcentage qui atteint à 16 ans 9% (garçons) et 4% (filles) et à 18 ans 21% (garçons) et 7% (filles).
- (3) Pour la première fois en France, chez les jeunes, les consommateurs réguliers de cannabis sont aussi nombreux que les consommateurs réguliers d'alcool, le critère de régularité étant le même pour les deux substances, c'est-à-dire, au moins 10 fois dans le mois. Par exemple, à 16 ans, 9% des garçons consomment régulièrement du cannabis et 10% de l'alcool (pour les filles les proportions sont respectivement de 4% et 5%), à 17 ans, 16% des garçons consomment régulièrement du cannabis et 14% de l'alcool (pour les filles les proportions sont respectivement de 6% et 5%), à 18 ans, 21% des garçons consomment régulièrement du cannabis et 22% de l'alcool (pour les filles les proportions sont respectivement de 7% et 7%).

⁵ Marie CHOQUET, directrice de recherche, INSERM

⁶ Données extraites de l'enquête ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs) réalisée sous la responsabilité scientifique de l'équipe « Santé de l'adolescent » de l'INSERM et du pôle « enquêtes en population générale » de l'OFDT en partenariat avec le ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche. Il s'agit des résultats d'une analyse de « régression logistique » qui permet de calculer le poids spécifique de chacun des facteurs mis dans le modèle. Nous avons inclus dans le modèle, le niveau d'études du père, la situation matrimoniale des parents, le fait d'aimer l'école, le redoublement, la note scolaire et l'absentéisme scolaire.

- (4) Cette consommation (expérimentale ou régulière) de cannabis a augmenté très fortement depuis 10 ans, mais surtout entre 1993 et 1999. Par exemple, pour les garçons de 14-15 ans, l'expérimentation est passée de 8% (1993) à 20% (1999) et 25% (2003), pour les filles du même âge de 6% (1993) à 14% (1999) et 17% (2003). Pour les 16-17 ans, l'expérimentation des garçons est passée de 21% (1993) à 43% (1999) et 48% (2003), celle des filles de 16% (1993) à 35% (1999) et 41% (2003).
- (5) Comparés aux jeunes Européens de leur âge (comparaison qui a porté sur 36 pays européens), les élèves français âgés de 16 ans se situent en tête. En 5^{ème} position pour l'expérimentation de cannabis (mais en 3^{ème} position pour les garçons), la France vient en 2^{ème} position après la Suisse (mais en 1^{ère} position pour les garçons) en ce qui concerne la consommation régulière.

Puis une analyse du contexte social et scolaire

A 15-16 ans, la consommation de cannabis est liée au niveau scolaire des parents (les jeunes dont les parents ont un niveau d'études supérieur ont 2 fois plus de risque de consommer) et la composition de la famille (les enfants de famille recomposée ou monoparentale ont 1,7 fois plus de risque de fumer que ceux dont les parents vivent ensemble).

Mais à cet âge, la consommation de cannabis est aussi liée à la scolarité de l'élève. En classant les facteurs par ordre d'importance, il s'avère que :

- les élèves qui ont des notes autour de la moyenne (entre 8 et 12) sont 1,3 fois plus nombreux à consommer du cannabis que ceux qui ont des bonnes notes (>12) ;
- ceux qui ont redoublé déjà plusieurs fois sont 2 fois plus nombreux à consommer du cannabis que ceux qui n'ont jamais redoublé ;
- ceux qui n'aiment pas du tout l'école sont 1,8 fois plus nombreux à consommer du cannabis que ceux qui en sont satisfaits ;
- ceux qui sont souvent absents sont 4 fois plus nombreux à consommer du cannabis que ceux qui ne sont jamais absents.

Ainsi, le poids des variables scolaires s'avère donc aussi important que le poids des variables familiales.

Mais lorsqu'on considère la consommation régulière (avec comme critère : prendre du cannabis au moins 10 fois par mois), on constate que le poids des variables familiales diminue (le niveau d'études du père n'est plus associé, la composition familiale l'est faiblement) alors que le poids des facteurs scolaires augmente, en particulier celui de l'absentéisme scolaire (ceux qui sont souvent absents sont alors 8,6 fois plus nombreux à consommer régulièrement du cannabis que ceux qui ne sont jamais absents) et celui du redoublement multiple (ceux qui ont redoublé déjà plusieurs fois sont 3,3 fois plus nombreux à consommer régulièrement du cannabis que ceux qui n'ont jamais redoublé).

Sans conclure trop hâtivement à une relation de cause à effet entre scolarité et consommation de cannabis, force est de constater que les consommateurs (et plus particulièrement les consommateurs réguliers) ont des parcours scolaires plus perturbés.

3.1.2. La consommation de tabac et d'alcool chez les jeunes

D'abord quelques données chiffrées ...

Le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus expérimentées entre 12 et 18 ans, mais leur consommation régulière est rare avant 14 ans. Si le niveau de consommation au cours de la vie augmente pour les deux substances, leur progression au cours de l'adolescence diffère, surtout quand on considère la consommation régulière.

(1) L'expérimentation d'alcool, déjà élevée à 12 ans (70% des garçons et 63% des filles en ont pris au moins une fois) progresse lentement jusqu'à 16 ans pour se stabiliser ensuite autour de 90% . La consommation régulière (définie comme le fait de boire une boisson alcoolisée au moins 10 fois par mois) progresse de 4% (14 ans) à 22% (18 ans) chez les garçons et de 1% (14 ans) à 7% (18 ans) chez les filles.

Si à 12-13 ans 12% des garçons et 6% des filles déclarent avoir été ivres au moins une fois au cours de leur vie, ils sont respectivement 51% et 47% à 16-17 ans. L'ivresse régulière, qui consiste à déclarer au moins 10 ivresses au cours de l'année, est rare. Quasi nulle avant 16 ans, elle reste un comportement largement masculin à 16-17 ans et ne concerne alors qu'un garçon sur vingt.

(2) Quant à la consommation de tabac, elle croît tout au long de l'adolescence, surtout la consommation régulière (définie comme le fait de fumer au moins une cigarette par jour).

L'augmentation de l'expérimentation est surtout très sensiblement entre 12 et 14 ans et concerne autant les filles que les garçons et passe :

- pour les garçons de 22% (12 ans) à 35% (13 ans) et 51% (14 ans). Après cet âge, elle passe de 61% (15 ans), à 66% (16 ans), 73% (17 ans) et 78% (18 ans).
- pour les filles de 16% (12 ans) à 34% (13 ans) et 49% (14 ans). Après cet âge, elle passe de 61% (15 ans), 71% (16 ans), 76% (17 ans), 81% (18 ans).

(3) Quant à la consommation quotidienne, elle augmente tellement entre 12 et 18 ans que le tabac devient la première substance psychoactive des jeunes. Ainsi elle passe :

- pour les garçons de 1% (12 ans) à 4% (13 ans), 7% (14 ans), 11% (15 ans), 21% (16 ans), 29% (17 ans) et 37% (18 ans) ;
- pour les filles de 0% (12 ans) à 2% (13 ans), 6% (14 ans), 14% (15 ans), 24% (16 ans), 31% (17 ans) et 34% (18 ans).

(4) Malgré le fait que la consommation de tabac a diminué entre 1999 et 2003 (diminution qui survient après une forte augmentation entre 1993 et 1999), le tabac reste la première substance psychoactive que les jeunes consomment régulièrement.

(5) Comparés aux jeunes Européens de leur âge (comparaison qui a porté sur 36 pays européens), les élèves français âgés de 16 ans se situent "dans la moyenne" quant à leur consommation de tabac (19^{ème} place sur 36). Toutefois, comme il existe des différences entre garçons et filles dans la majorité des pays (dans les pays du Nord les filles fument plus que les garçons alors que dans les pays de l'Est on observe l'inverse), force est de constater que les filles françaises se situent à la 14^{ème} place dans le palmarès européen, alors que les garçons occupent la 23^{ème} place ... (Espad Report 2003, Hbell et al., 2004).

Concernant les consommations d'alcool, si l'on considère la proportion de ceux qui ont été ivres 10 fois ou plus au cours des 12 derniers mois, comparés aux jeunes européens de leur âge, les élèves français occupent la 32^{ème} place (2%), loin derrière le Danemark (34%), ou le Royaume-Uni (24%).

Puis une analyse du contexte social et scolaire

A 12-13 ans, le tabagisme est lié au niveau scolaire des parents (les jeunes dont les parents n'ont pas fait d'études ont 1,5 fois plus de risque de fumer que les autres) et la composition de la famille (les enfants de famille recomposée ont 1,8 fois plus de risque de fumer que ceux dont les parents sont mariés).

Mais à cet âge, le tabagisme est surtout lié à la scolarité de l'élève. En classant les facteurs par ordre d'importance⁷, on observe que :

- les élèves qui ont des notes autour de la moyenne (entre 8 et 12) sont 1,4 fois plus nombreux à fumer que ceux qui ont des bonnes notes (>12),
- ceux qui ont redoublé déjà plusieurs fois sont 2,5 fois plus nombreux à fumer que ceux qui n'ont jamais redoublé,
- ceux qui n'aiment pas du tout l'école sont 2,8 fois plus nombreux à fumer que ceux qui en sont satisfaits,
- ceux qui sont souvent absents sont 12,8 fois plus nombreux à fumer que ceux qui ne sont jamais absents.

Ainsi, le poids des variables scolaires s'avère donc nettement plus prépondérant que le poids des variables familiales.

Sans conclure trop hâtivement à une relation de "cause à effet" entre scolarité et tabagisme, force est de constater que les fumeurs se caractérisent par leur scolarité perturbée et insatisfaisante, et surtout par un désinvestissement scolaire précoce.

⁷ Il s'agit des résultats d'une analyse de "régression logistique" qui permet de calculer le poids spécifique de chacun des facteurs mis dans le modèle. Nous avons inclus dans le modèle, le niveau d'études du père, la situation matrimoniale des parents, le fait d'aimer l'école, le redoublement, la note scolaire et l'absentéisme scolaire.

3.2. LES PRODUITS

3.2.1. Le tabac

La production, la vente et l'usage du tabac sont réglementés. Brun ou blond, roulé, en cigare ou plus rarement en pipe, prisé, mâché, le tabac nuit tellement à la santé qu'il est en cause dans 66 000 décès par an en France.

Le tabac, qu'est-ce que c'est ?

Le tabac est une plante cultivée dans le monde entier. Après séchage, les feuilles sont mises à fermenter pour obtenir un goût spécifique.

Les tabacs en feuilles sont classés selon leur variété ou leur mode de séchage. Les tabacs bruns sont séchés à l'air et au feu ; les tabacs blonds sont séchés à l'air chaud ; les tabacs clairs ("goût américain") sont séchés à l'air ou au soleil. Le tabac est proposé à la consommation sous forme de cigarettes, cigares, en vrac à rouler ou pour la pipe, à chiquer, à priser.

Effets et dangers du tabac

Le tabac contient de la nicotine (qui possède un effet "éveillant" anxiolytique et coupe-faim). Les produits du tabac (cigarettes, à rouler...) sont composés d'additifs (humectants, goût, saveur...). La combustion de ces produits crée de nouveaux composants (monoxyde de carbone, goudrons...) nocifs pour la santé.

L'ensemble de ces composants agit en particulier sur :

- **la fonction cardio-vasculaire** : le tabac augmente la pression artérielle, accélère le rythme cardiaque et détériore les artères. Les risques coronariens et les décès par infarctus du myocarde sont deux fois plus élevés chez les fumeurs. Ces risques vasculaires touchent aussi les artères du cerveau et des membres inférieurs. Le tabac a des effets nocifs sur le déroulement de la grossesse (prématurité, faible poids à la naissance) ;
- **la fonction respiratoire** : les fumeurs s'exposent à des troubles au niveau de tout l'appareil respiratoire, notamment au risque de bronchite chronique et au risque de cancer du poumon ;
- **la fonction digestive** : la nicotine augmente la sécrétion des acides gastriques et agit sur le système nerveux central.

Le tabac limite l'apport d'oxygène au cerveau et aux muscles. Il est responsable de maux de tête, de vertiges et d'une diminution de la résistance à l'exercice.

Sur l'ensemble des cancers, un sur quatre est associé au tabac. Le tabac est en cause dans les cancers des bronches, des poumons, des cavités buccales, de l'œsophage, de la vessie, du col de l'utérus et de l'estomac.

Le tabac est associé à 30 % de l'ensemble des cancers. Il est en cause dans 90 % des cancers du larynx, des bronches, des cavités buccales, de l'œsophage et des poumons.

Tabac et dépendance

La dépendance physique au tabac est confirmée chez la plupart des fumeurs, la dépendance psychique tenant par ailleurs une place importante dans leur vie.

Le fumeur régulier privé brutalement de sa consommation ressent une sensation de manque. Il est tendu, nerveux, irritable, angoissé, voire déprimé. Il peut trembler et avoir des sueurs ; il lui est difficile de réprimer l'envie de reprendre une cigarette.

Il est possible de s'arrêter de fumer sans aide particulière. Cependant, on peut trouver auprès d'un médecin de ville ou d'une consultation spécialisée en milieu hospitalier des conseils et des aides pour cesser de fumer.

Les nombreuses méthodes d'aide au sevrage peuvent être utilisées sous contrôle médical :

- substitutions nicotiques (patchs, gommes à mâcher, vendus en pharmacie) permettant un sevrage progressif de la nicotine et réduisant les effets du manque chez les fumeurs pharmaco-dépendants ;
- aide psychologique individuelle ou collective, rencontres avec d'anciens fumeurs, relaxation et techniques respiratoires, diététique... peuvent être préconisées.

Tabac et grossesse

Le tabagisme chez la femme enceinte est un facteur de risque avéré de retard de croissance intra-utérin : le poids de naissance du bébé diminue de 150 à 250 g en moyenne. Le tabagisme chez la femme enceinte accroît également les risques de grossesse extra-utérine, et de prématurité. En ce qui concerne le syndrome de la mort subite du nourrisson, une association significative avec le tabagisme maternel pendant et après la grossesse (tabagisme passif autour du bébé) a été retrouvée dans de nombreuses études : le risque de mort subite est augmentée de deux à trois fois, selon la fréquence de la consommation. Enfin, dans la petite enfance, une consommation plus importante de soins pour survenue de troubles respiratoires (bronchites, etc.) a été observée chez les bébés nés de mères fumeuses, ou soumis au tabagisme passif.

Dans tous les cas, les risques augmentent avec le nombre de cigarettes consommées, et la durée du tabagisme pendant la grossesse.

LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ FRANÇAISE

Consommation déclarée

Adultes de 18 à 75 ans, en 2002

- Se déclarent fumeurs
 - 38 % des hommes
 - 30 % des femmes
- Fument plus de dix cigarettes par jour
 - 20 % des hommes
 - 13 % des femmes

Jeunes de 17-18 ans, en 2003

- Se déclarent fumeurs
 - 47 % des garçons
 - 48 % des filles
- Fument au moins une cigarette par jour :
 - 40 % des garçons
 - 40 % des filles
- Fument plus de 10 cigarettes par jour :
 - 14 % des garçons
 - 13 % des filles
- Age de la 1^{ère} cigarette :
 - 13,5 ans

Mortalité annuelle directement imputable au tabagisme

(en 2000)

- 66 600 décès dont 90 % chez les hommes
Première cause de décès prématurés chez les adultes 35-69 ans
- 33 % des décès prématurés chez les hommes
- 9 % chez les femmes

Ventes de cigarettes

- 55 milliards de cigarettes vendues en 2004 ; 21 % de moins qu'en 2003

Chiffres d'affaires de l'industrie du tabac

- 14 milliards d'euros en 2003, pour la première fois en légère baisse (-0,8 % par rapport à 2002)

Ventes de substituts nicotiques

- environ 2 millions de fumeurs traités sous substituts nicotiques, dont 1,3 millions sous timbres transdermiques, en 2004, soit 8 % de moins qu'en 2003

Tendance statistique

Les quantités de tabac consommées par les Français ont augmenté jusque dans les années 1980 et ont diminué de façon notable depuis, parallèlement à l'augmentation du prix de vente de ces produits.

La proportion de fumeurs est en diminution depuis de nombreuses années alors que la proportion de fumeuses, beaucoup plus faible il y a vingt ou trente ans, a beaucoup augmenté depuis et se stabilise depuis le début des années 2000.

Une baisse récente se constate chez les jeunes.

LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ EUROPÉENNE

Consommation de cigarettes au cours des 30 derniers jours parmi les jeunes scolarisés de 15/16 ans en 2003

Bulgarie=46 % ; République Tchèque = 43 % ; Hongrie=39 % ; Finlande=38 % ; Italie=38 % ; Estonie=37 % ; **France=33 %** ; Irlande=33 % ; Pologne=31 % ; Danemark=30 % ; Royaume-Uni=29 % ; Norvège=28 % ; Grèce=28 % ; Portugal=28 % ; Suède=23 %

Que prévoit la loi ?

Le tabac est un produit licite mais sa production, sa vente et sa consommation sont réglementés.

Si depuis 1995 la production, l'importation et la distribution du tabac ne sont plus le monopole de la SEITA (Société d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes) devenue société ALTADIS (totalement privatisée et fruit de la fusion avec une société espagnole), la vente du tabac au détail reste un monopole d'Etat par l'intermédiaire des débitants de tabac.

Loi Evin et lieux collectifs

Pour protéger les non-fumeurs, la loi du 10 janvier 1991 sur la lutte contre le tabagisme, dite loi Evin, interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, comme les entreprises, les bars et restaurants, les établissements scolaires, les transports collectifs. Toutefois, la loi prévoit la possibilité d'établir dans ces lieux des espaces réservés aux fumeurs, qui doivent :

- répondre à des normes de ventilation
- être signalés de manière apparente

La loi précise que l'interdiction de fumer s'applique dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, et dans les lieux non couverts fréquentés par les élèves des écoles, collèges et lycées publics et privés, pendant la durée de leur fréquentation.

Dans l'enceinte des établissements publics et privés, des salles spécifiques, distinctes des salles réservées aux enseignants, peuvent être mises à disposition des enseignants et personnels fumeurs. En outre, dans l'enceinte des lycées, lorsque les locaux sont distincts de ceux des collèges, des salles, à l'exclusion des salles d'enseignement, de travail et de réunion, peuvent être mises à la disposition des usagers fumeurs.

Dans les locaux à usage collectif utilisés pour l'accueil et l'hébergement des mineurs de moins de 16 ans, ceux-ci n'ont pas accès aux emplacements mis à la disposition des fumeurs.

En cas de non-respect de la loi,

- Le fumeur s'expose à une amende pouvant s'élever jusqu'à 450 € (contravention de 3ème classe),
- Les propriétaires ou gérants d'établissements (bars, restaurants, entreprises, etc.) qui n'auront pas réservé aux fumeurs des emplacements conformes aux dispositions de la loi risquent une amende pouvant s'élever jusqu'à 1 500 € (contravention de 5ème classe).

Concernant les trains, les TGV sont totalement non fumeurs depuis le 12 décembre 2004. Il est prévu que la totalité des trains exploités par la SNCF soient non fumeurs d'ici la fin de l'année 2005.

Une réflexion est également menée autour de la possibilité d'interdire le tabac dans tous les lieux publics. Un projet de loi dans ce sens doit être déposé à l'automne 2005 par un député.

La réglementation de la vente et de la distribution

La loi prévoit :

- l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans (loi du 31 juillet 2003) ;
- l'interdiction de la vente de paquets de moins de 20 cigarettes (loi du 26 juillet 2005) ;
- la fixation des teneurs maximales en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone des cigarettes par arrêté du ministre chargé de la Santé ;
- l'obligation de faire figurer sur les paquets de cigarettes la teneur moyenne en goudron, en nicotine, et en monoxyde de carbone ainsi que l'un des deux avertissements généraux suivants : « Fumer tue » ou « Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage ». Un avertissement spécifique est apposé sur l'autre côté du paquet, pris dans la liste de quatorze avertissements fixée par arrêté, tel que « Fumer peut nuire aux spermatozoïdes et réduit la fertilité » ou « Fumer provoque un vieillissement de la peau »... Le numéro de téléphone de Tabac Info Service : 0825 309 310 est également inscrit sur les paquets.

La loi interdit par ailleurs :

- toute propagande ou publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac ou des produits du tabac ;
- toute distribution gratuite ;
- toute opération de parrainage lorsqu'elle a pour objet la publicité en faveur du tabac.

La loi du 31 juillet 2003 vise à restreindre la consommation de tabac des jeunes avec l'interdiction de la vente aux mineurs de moins de 16 ans, celle des "paquets-enfants" de moins de 19 cigarettes, l'encadrement du papier à rouler (interdiction de publicité, principe d'une taxation, messages sanitaires sur les emballages).

Les conventions internationales

Dans le cadre de l'Organisation mondiale de la santé, une convention-cadre pour la lutte antitabac a été adoptée par la 56^{ème} Assemblée mondiale de la santé, signée le 16 juin 2003 par la France, puis ratifiée le 19 octobre 2004. Ce traité, premier accord international juridiquement contraignant sous l'égide de l'OMS, donne un cadre international à la lutte contre le tabac. Il prévoit des dispositions sur la publicité, les parrainages, les taxes, l'augmentation des prix, l'étiquetage, le commerce illicite et le tabagisme passif. Ce texte est entré en vigueur le 27 février 2005.

3.2.2. L'alcool

La France est classée dans les premiers pays européens par son importante consommation .

En 2003, les Français de 15 ans et plus consommaient par an et par habitant environ 13 litres d'alcool pur, soit l'équivalent de 104 litres de vin à 12°. (L'alcool pur est le volume d'alcool exprimé en alcool à 100 % ; 1 litre d'alcool pur équivaut à environ 8 litres de vin à 12°.)

La production, la vente et l'usage des boissons alcoolisées sont réglementés.

L'alcool, qu'est-ce que c'est ?

L'alcool est obtenu par fermentation de végétaux riches en sucre, ou par distillation, et intervient dans la composition des boissons alcoolisées : vin, cidre, bière, boissons apéritives, liqueurs.

La France se caractérise par une importante consommation qui la classe au 5^{ème} rang des pays de l'Union européenne, même si globalement cette consommation baisse régulièrement depuis les années 50. Si les Français boivent un peu moins, ils boivent aussi différemment : les vins de consommation courante ont cédé la place aux vins d'Appellation d'Origine Contrôlée (AOC) ou aux vins de qualité supérieure (VDQS), dont la consommation se stabilise. La consommation de cidre tend à diminuer, tout comme celle de la bière depuis le début des années 2000. La consommation d'alcools distillés (alcools forts) est fluctuante, mais reste globalement au même niveau.

Premix et alcopops : comment séduire les jeunes

Les professionnels du secteur des boissons alcoolisées ont développé des stratégies marketing en direction des jeunes consommateurs, attirés par les saveurs sucrées. Ils ont ainsi créé de nouveaux produits : les premix et les alcopops. Conditionnés en bouteilles ou en canettes, ces produits ont une teneur en alcool qui s'élève à 5-6% du volume.

Les premix sont des boissons mélangeant des boissons non alcoolisées (soda, cola...) avec des alcools forts (whisky, vodka...). Arrivés sur le marché français en 1996, les premix ont été très lourdement taxés à partir de 1997, freinant ainsi le développement de la consommation.

Les alcopops sont composés d'un mélange de boisson alcoolisée (par exemple bière et vodka) ou d'un alcool avec un arôme (par exemple vodka aromatisée au citron). Echappant au régime de taxation des premix, plus de deux millions de litres d'alcopops ont été vendus en 2003 en France et les ventes ont été presque multipliées par 10 l'année suivante. L'adoption en 2004 de nouvelles règles de taxation devrait faire chuter les ventes de ces produits.

Effets et dangers de l'alcool

L'alcool n'est pas digéré : il passe directement du tube digestif aux vaisseaux sanguins. En quelques minutes, le sang le transporte dans toutes les parties de l'organisme.

L'alcool détend et désinhibe. À court terme et lorsqu'il est consommé à des doses importantes, il provoque un état d'ivresse et peut entraîner des troubles digestifs, des nausées, des vomissements...

Les risques immédiats

- diminution de la vigilance, souvent responsable d'accidents de la circulation, d'accidents du travail ;
- pertes de contrôle de soi qui peuvent conduire à des comportements de violence, à des passages à l'acte, agressions sexuelles, suicide, homicide;
- exposition à des agressions en raison d'une attitude parfois provocatrice ou du fait que la personne en état d'ébriété n'est plus capable de se défendre.

Les risques sanitaires

À plus long terme, l'usage excessif risque de développer de nombreuses pathologies : cancers (notamment de la bouche, de la gorge, de l'œsophage, entre autres), maladies du foie (cirrhose) et du pancréas, troubles cardio-vasculaires, maladies du système nerveux et troubles psychiques (anxiété, dépression, troubles du comportement).

Beaucoup mettent en avant l'effet bénéfique de l'alcool sur certaines maladies cardiovasculaires. Quelques études plaident en faveur de cette théorie. Elles ont été menées chez des personnes de plus de 50 ans ayant une consommation très faible de boissons alcoolisées correspondant aux normes de l'OMS. Le dépassement de ces doses entraîne une morbidité accrue des pathologies cardio-vasculaires et du cancer. Des recherches restent néanmoins nécessaires pour confirmer ces données.

Alcool et dépendance

Certaines personnes risquent de passer d'une consommation récréative contrôlée, "l'usage", à une consommation excessive non contrôlée, "l'usage nocif" ou "usage à problème".

Les troubles liés à la consommation excessive d'alcool surviennent à des moments très variables selon les individus. Certains vont vivre des ivresses répétées avec de longues interruptions sans devenir pour autant dépendants. Cet usage reste toutefois à problème.

Un consommateur excessif peut évoluer en trois étapes vers la dépendance alcoolique.

- *Phase 1* : aucun dommage majeur n'apparaît.
Les activités professionnelles, sociales et familiales sont globalement conservées. La santé mentale et physique n'est pas altérée de manière significative.
- *Phase 2* : des difficultés d'ordre relationnel, social, professionnel, sanitaire, judiciaire apparaissent.
La santé physique et mentale amène parfois la personne à réduire ou à arrêter momentanément sa consommation (abstinence).
- *Phase 3* : la personne est devenue incapable de réduire ou d'arrêter sa consommation, malgré la persistance des dommages. De nombreux symptômes apparaissent : tremblements, crampes, anorexie, troubles du comportement.

En 2000, on comptait en France 22 538 décès directement liés à la maladie alcoolique chronique, dont : 10 862 par cancers des voies aérodigestives supérieures, 8 603 par cirrhose du foie, 3 073 par psychose et dépendance alcoolique.

Inégaux face à l'alcool

- Face à la consommation d'alcool, chacun réagit différemment selon sa corpulence, son état de santé physique et psychique, que l'on soit un homme ou une femme, et selon le moment de la consommation.
- Ce seuil de consommation dépend donc de la personne et du contexte. Quand la consommation s'effectue avec, avant ou après d'autres substances (médicaments, drogues), cette notion de seuil n'a plus cours.
- Boire une grande quantité d'alcool en peu de temps provoque une montée importante du taux d'alcoolémie. Seul le temps permet de le faire baisser. On compte qu'il faut environ une heure par verre absorbé.
- Retarder le moment de conduire une voiture ou une machine.
Suivant l'état de fatigue et l'état psychologique (énervement, agitation...), se reposer, dormir, manger, se faire conduire.
- Si on boit sans manger, l'alcool passe plus rapidement dans le sang et ses effets sont plus importants. Une seule dose, même faible, peut avoir des conséquences néfastes immédiates.

Usage sans dommage

Consommations occasionnelles

Pas plus de 4 verres standard en une seule occasion.

Au-delà du deuxième verre, le taux d'alcoolémie autorisé pour la conduite d'un véhicule est dépassé : on ne peut conduire ni voiture, ni machine. Associée à des médicaments ou à des drogues, une seule dose, même faible, peut avoir des conséquences néfastes immédiates.

Consommations régulières

- pour les femmes en dehors de la grossesse :
pas plus de 2 verres standard par jour ;
- pour les hommes :
pas plus de 3 verres standard par jour ;
- au moins un jour par semaine sans aucune boisson alcoolisée.

Ne pas consommer

- pendant l'enfance et la préadolescence ;
- pendant la grossesse et l'allaitement ;
- lorsqu'on conduit un véhicule, ou une machine dangereuse ;
- quand on exerce des responsabilités qui nécessitent de la vigilance ;
- quand on prend certains médicaments.

1 verre standard=10 g d'alcool par verre

Selon le type d'alcool, un verre standard correspond à :

- un verre de vin rouge, blanc ou rosé (10cl)
- une coupe de champagne,(10 cl)
- un demi de bière à la pression (25 cl)
- un verre de porto (6 cl)
- une dose de whisky (3 cl)
- une dose de cognac (3 cl)
- une dose de pastis (3cl) (25 doses par bouteille)

Les verres ainsi remplis contiennent tous environ la même quantité d'alcool.

LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ FRANÇAISE

Consommation déclarée

Adultes de 18 à 75 ans, en 2002

→ Tous les jours

- 27 % des hommes
- 11 % des femmes

Environ 20 % des adultes de 18 à 75 ans (plus de 8 millions de personnes) déclarent consommer de l'alcool tous les jours. Les consommateurs quotidiens sont pour les trois quarts des hommes. La consommation quotidienne d'alcool est beaucoup plus élevée chez les 45-75 ans (33 %) que chez les 18-44 ans (8 %).

La consommation des jeunes

- Un peu plus d'un quart des 12-19 ans a déjà été ivre au cours de la vie, les garçons plus que les filles (34 % contre 22 %).
- A 16-17 ans, 12 % des garçons et 5 % des filles déclarent consommer de l'alcool plus d'une fois par semaine.
- A 17/18 ans, 5,8% des garçons et 0,2% des filles déclarent consommer de l'alcool tous les jours.

Soins

- Environ 100 000 personnes en difficulté avec l'alcool sont venues consulter dans les Centres de cure ambulatoire en alcoologie en 2003
- Environ 93 000 hospitalisations avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement lié à la consommation d'alcool en 2002

Mortalité annuelle imputable à l'alcool

- L'alcool est responsable de plus de 7 % des décès chez les hommes et de près de 2 % chez les femmes.
- En 2000, on comptait en France 22 538 décès directement liés à la maladie alcoolique chronique, dont : 10 862 par cancers des voies aérodigestives supérieures, 8 603 par cirrhose du foie, 3 073 par psychose et dépendance alcoolique.
- La consommation excessive d'alcool est en cause dans plus de 20 000 autres décès : accidents sur la voie publique, suicides, autres cancers (du foie, du pancréas, du côlon), maladies cardiaques.
- L'alcool est à l'origine d'environ 1/3 des accidents mortels sur les routes.

- L'alcool est en cause dans 1/5 des accidents domestiques, et une proportion importante des homicides volontaires.

Condamnations (en 2002)

- 104 610 condamnations pour conduite en état alcoolique
- 3 736 pour blessures involontaires par conducteur en état alcoolique
- 421 pour homicides involontaires par conducteur en état alcoolique

Achats (en 2003)

13,5 milliards d'euros dépensés par les ménages pour leur consommation de boissons alcoolisées à domicile. Ce montant ne comprend pas les consommations d'alcool dans les hôtels, cafés et restaurants, qui restent difficiles à évaluer.

Tendance statistique

Amorcée au début des années 1960, la tendance à la diminution des quantités d'alcool consommées en moyenne par habitant, liée à la forte diminution de la consommation quotidienne de vin, s'est poursuivie jusqu'au début des années 2000. La baisse de la consommation a entraîné une baisse de la mortalité.

LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ EUROPÉENNE

Les dix premiers pays consommateurs (consommation d'alcool par an et par habitant, en litre d'alcool pur) en 2002

Hongrie = 11,1 ; République d'Irlande = 10,8 ; République Tchèque = 10,8 ; Allemagne = 10,4 ; **France = 10,3** ; Portugal = 9,7 ; Espagne = 9,6 ; Royaume Uni = 9,6 ; Danemark = 9,5 ; Autriche = 9,2

Consommation de boissons alcoolisées 10 fois ou plus au cours des 30 derniers jours parmi les jeunes scolarisés de 15/16 ans (en 2003)

Royaume-Uni=17 % ; Irlande=16 % ; Danemark=13 % ; République Tchèque = 13 % ; Grèce=13 % ; Italie=12 % ; Pologne=10 % ; Bulgarie=9 % ; Lituanie=8 % ; Slovaquie=7 % ; **France=7 %** ; Portugal=7 % ; Hongrie=6 % ; Roumanie=5 % ; Norvège=3 % ; Suède=2 % ; Finlande=2 % ;

Que prévoit la loi ?

La production, la vente et l'usage des boissons alcoolisées sont réglementés. La réglementation du commerce des boissons alcoolisées repose sur une classification des boissons. Elle régit tout débit de boisson où l'on consomme sur place.

La protection des mineurs

Quiconque fait boire un mineur jusqu'à l'ivresse commet un délit. Il est interdit de vendre ou d'offrir à des mineurs de moins de 16 ans des boissons alcoolisées (dans les débits de boissons, les commerces et lieux publics).

La loi du 10 janvier 1991 (dite loi Évin) interdit :

- la publicité dans la presse pour la jeunesse et la diffusion de messages publicitaires à la radio le mercredi, et les autres jours entre 17 heures et 24 heures ;
- la distribution aux mineurs de documents ou objets nommant, représentant ou vantant les mérites d'une boisson alcoolisée ;

- la vente, la distribution et l'introduction de boissons alcoolisées dans tous les établissements d'activités physiques et sportives (une autorisation d'ouverture de buvette lors d'une manifestation sportive peut toutefois être délivrée sur demande).

La sécurité routière

- Des contrôles d'alcoolémie sont possibles, même en l'absence d'infraction ou d'accident, à l'initiative du procureur de la République ou d'un officier de police judiciaire (article L. 234-9 du code de la route).
- Le taux légal d'alcoolémie maximale est fixé à 0,5 gramme d'alcool par litre de sang (contrôle par analyse de sang) et à 0,25 milligramme par litre d'air expiré (contrôle par éthylomètre – article R 234-1 du code de la route).
- Ce taux légal d'alcoolémie maximale est fixé à 0,2 gramme d'alcool par litre de sang (0,1 milligramme par litre d'air expiré) pour les conducteurs de véhicules de transport en commun (Décret n° 2004-1138 du 25 octobre 2004).
- Entre 0,5 et 0,8 gramme d'alcool par litre de sang – ou entre 0,25 et 0,4 milligramme par litre d'air expiré –, c'est une contravention passible d'une amende forfaitaire de 135 € et la perte de six points du permis de conduire.
- Au-delà de 0,8 gramme d'alcool par litre de sang, il s'agit d'un délit entraînant un retrait de six points du permis de conduire, passible de deux ans de prison et d'une amende de 4 500 €. La condamnation peut être assortie d'une suspension ou d'une annulation du permis de conduire (obligatoire en cas de récidive), de mesures de soins ou d'un travail d'intérêt général.
En cas d'accident de la circulation sous l'emprise de l'alcool, l'amende sera portée à 30 000 € s'il occasionne des blessures graves et, si la mort d'un autre usager de la route est provoquée, l'emprisonnement peut aller jusqu'à 10 ans et l'amende atteindre 150 000 €.
- Dans les stations-service, la vente de boissons alcoolisées à emporter est interdite entre 22 heures et 6 heures du matin.

La publicité

Les affichages publicitaires doivent se limiter à certaines indications et être accompagnés d'un message préventif à l'égard de l'abus d'alcool. Toute publicité à la télévision et au cinéma est interdite (loi du 10 janvier 1991).

HISTORIQUE

Les consommations d'alcool remontent à l'Antiquité où elles étaient rituelles, sacrées, conviviales ou festives.

L'alcool est aussi utilisé comme remède : c'est le seul anesthésique utilisé pendant les campagnes napoléoniennes, (aux États-Unis, pendant la prohibition, seuls les médecins pouvaient en prescrire). Au XIXe siècle, lors de la révolution industrielle, apparaît la notion d'alcoolisme. Dans la plupart des pays occidentaux, à des époques variables selon les contextes économiques, politiques et religieux, l'"ivrognerie" de quelques-uns cède la place à l'alcoolisme de masse. En 1871 apparaissent à l'école les premières mesures de prévention. Après la Première Guerre mondiale, le discours évolue : on préconise dès le plus jeune âge l'usage modéré de boissons fermentées, tout en déconseillant les boissons distillées. En surproduction dans les années 1920, le vin est d'autant plus toléré.

Après la Seconde Guerre mondiale, on glorifie la sobriété. Des lois interdisent le vin dans les cantines, la publicité et la vente d'alcool dans les stades et instituent le principe des boissons pilotes (la

limonade, le lait...) proposées à bas prix dans les cafés. À partir de 1968, les pouvoirs publics prennent conscience que l'alcoolisme est la conséquence du malaise de certains en situation de difficultés et recentrent leur message de prévention sur les risques immédiats de la consommation excessive d'alcool.

Aujourd'hui, la consommation excessive d'alcool et l'alcoolisme frappent de nombreux pays en voie de développement.

3.2.3. Le cannabis

Le cannabis est le produit illicite le plus largement consommé en France, surtout par les jeunes. Les dangers d'une consommation régulière sont réels.

Le cannabis, qu'est-ce que c'est ?

Le cannabis est une plante. Le principe actif du cannabis responsable des effets psychoactifs est le THC (tétrahydrocannabinol), inscrit sur la liste des stupéfiants. Sa concentration est très variable selon les préparations et la provenance du produit.

A quoi ça ressemble ?

- **L'herbe (*marijuana, ganja, beuh, etc...*)**
Feuilles, tiges et sommités fleuries, simplement séchées. Se fume généralement mélangée à du tabac, roulée en cigarette souvent de forme conique (le joint, le pétard, le stick...).
- **La résine (*haschich, hasch, shit, chichon, etc...*)**
Résine obtenue à partir des sommités fleuries de la plante. Se présente sous la forme de plaques compressées, barrettes de couleur verte, brune ou jaune selon les régions de production. Se fume généralement mélangée à du tabac : « le joint ».
Le haschich est fréquemment coupé avec d'autres substances plus ou moins toxiques comme le henné, le cirage, la paraffine...
- **L'huile**
Préparation plus concentrée en principe actif, consommée généralement au moyen d'une pipe. Son usage est peu répandu en France.

Effets et dangers du cannabis

Les consommateurs recherchent un état de détente, de bien-être et une modification des perceptions (sensation de mieux entendre la musique...). Mais les effets recherchés ne sont pas toujours obtenus. Les effets de la consommation de cannabis sont variables : légère euphorie, accompagnée d'un sentiment d'apaisement, légère somnolence, ... Mais elle peut entraîner aussi parfois un malaise, une intoxication aiguë (" bad trip ") qui se traduit par une impression de confusion, d'étouffement, une angoisse très forte.

Le cannabis provoque un effet sur la mémoire immédiate et diminue la capacité à apprendre des choses nouvelles et à s'en souvenir. Il modifie aussi la perception visuelle, la vigilance et les réflexes. Ces effets peuvent être dangereux si l'on conduit une voiture, si l'on utilise certaines machines.

Selon la personne, la quantité consommée et la composition du produit, le cannabis peut avoir les effets physiques suivants :

- un gonflement des vaisseaux sanguins (yeux rouges) ;
- une augmentation de l'appétit (fringales) ;
- une augmentation du rythme du pouls (palpitations) ;
- une diminution de la sécrétion salivaire (bouche sèche) ;
- parfois une sensation de nausée.

La fumée du cannabis contient plus de substances cancérigènes que celle du tabac : elle est donc toxique pour le système respiratoire. L'association du tabac et du cannabis entraîne des cancers du poumon plus précoces que le tabac seul. Les risques respiratoires sont amplifiés dans certaines conditions d'inhalation (pipes à eau, "douilles").

Certains effets ont des conséquences importantes et révèlent l'existence d'un usage problématique, donc nocif :

- difficultés de concentration, difficultés scolaires ;
- dépendance parfois constatée lors d'une consommation régulière et fréquente : préoccupations centrées sur l'obtention et la consommation du produit, isolement social et perte de motivation ;
- risques sociaux pour l'usager et son entourage liés aux contacts avec des circuits illicites pour se procurer le produit ;
- chez certaines personnes vulnérables, le cannabis peut engendrer un certain nombre de troubles psychiques comme l'anxiété, la panique et favoriser la dépression. Elle peut aussi provoquer l'apparition d'une psychose cannabique : il s'agit d'un désordre mental caractérisé par des hallucinations.
Un usage nocif de cannabis peut favoriser la survenue de troubles psychiques.
- le cannabis est également susceptible, chez les sujets prédisposés, de révéler ou d'aggraver les manifestations d'une maladie mentale grave, comme la schizophrénie.

Cannabis et dépendance

On peut devenir dépendant au cannabis, mais tous les individus ne sont pas égaux devant le risque de dépendance. Plusieurs facteurs entrent en jeu : certains consommateurs réguliers, en raison de leurs habitudes de consommation, de leur personnalité, de leur histoire personnelle, de leur environnement, auront plus de mal que d'autres à diminuer ou arrêter leur consommation.

Historique

Originaire des contreforts de l'Himalaya, le cannabis (ou chanvre indien) a été utilisé par l'homme depuis des millénaires en Extrême-Orient et au Moyen-Orient.

Il était cultivé pour ses fibres destinées à la fabrication de cordages, de papiers et de tissus, et sa résine était utilisée autrefois comme médication pour soulager les spasmes, les troubles du sommeil, la douleur.

Introduit en Europe au début du XIXème siècle par les soldats de Bonaparte et par des médecins anglais de retour des Indes, le cannabis fut utilisé en médecine pour le traitement des migraines, de l'asthme et de l'épilepsie.

En France, il n'y a pas de médicaments à base de cannabis. Cependant, dans certains pays, le cannabis, ou ses dérivés, est prescrit pour soulager certains symptômes (vomissements, douleur...) de maladies graves et pour ouvrir l'appétit des personnes atteintes.

Consommations

Selon les données de l'OFDT, il y a en France 850 000 consommateurs réguliers de cannabis, dont 450 000 consommateurs quotidiens âgés de plus de 12 ans. Le cannabis est, de loin, le produit illicite le plus consommé par la population française, en particulier chez les jeunes, et surtout les garçons.

Jeunes de 17-18 ans, en 2003

- Expérimentation
A 17 ans, un jeune sur deux déclare avoir fumé du cannabis au moins une fois dans sa vie. C'est le produit illicite le plus précocement expérimenté. L'expérimentation se fait en moyenne vers 15 ans. Les garçons sont davantage concernés, et commencent plus jeunes.
 - Au moins une fois dans les 30 derniers jours
 - 38 % des garçons
 - 26 % des filles
 - Usage régulier (10 fois ou plus au cours des 30 derniers jours)
 - 18 % des garçons
 - 8 % des filles

A 17 ans, un adolescent sur cinq consomme du cannabis plus de 10 fois dans l'année, et 15 % plusieurs fois par semaine.

Soins

Le cannabis est à l'origine de 31 % des nouvelles demandes de soins en Centres de soins spécialisés en toxicomanie en 2002.

Interpellations

en 2004

- Pour usage simple
 - 91 705 personnes (91 % des interpellations), le cannabis est la première substance en cause dans les interpellations ;
 - Age moyen de l'utilisateur de cannabis interpellé : 23 ans
- Pour usage-revente et trafic
 - 13 670 personnes interpellées pour usage-revente et trafic de cannabis

Tendance statistique

L'expérimentation et la consommation de cannabis n'ont cessé de croître régulièrement depuis le début des années 1990, principalement chez les jeunes. Toutefois, on observe, depuis 2003, une baisse de l'expérimentation et des usages parmi les garçons de 17 ans, tendance qui reste à confirmer dans les enquêtes ultérieures.

En février 2005, une vaste campagne médiatique de prévention, initiée par la MILDT, la première en Europe, a été diffusée à la télévision, à la radio et dans les journaux de presse écrite. Elle mettait en garde contre les dangers d'une consommation régulière, en montrant des témoignages réels de consommateurs.

En Europe

Consommation au cours des 30 derniers jours de marijuana ou haschich parmi les jeunes scolarisés de 15/16 ans, en 2003

France = 22 % ; Royaume-Uni = 20 % ; Irlande = 17 % ; Italie = 15 % ; Slovaquie = 10 % ; Danemark = 8 % ; Pologne = 8 % Portugal = 8 % ; Hongrie = 6 % ; Grèce = 2 % ; Suède = 2 %.

CANNABIS, LES RISQUES AU VOLANT

Une étude de grande ampleur⁸ a été menée en France entre 2001 et 2003, pour examiner le lien entre l'usage de stupéfiants et les accidents mortels sur les routes enregistrés au cours de cette période. L'étude a ainsi retenu 10 748 conducteurs impliqués dans un accident mortel : 751 d'entre eux (soit 7%) étaient positifs au cannabis, et parmi eux 301 présentaient également une alcoolémie supérieure au taux légal. 8,8 % des conducteurs responsables d'accidents mortels étaient positifs au cannabis. Selon les résultats de l'étude, le nombre de victimes imputable au cannabis serait de l'ordre de 220 morts par an sur les routes, les victimes étant plus fréquemment des hommes jeunes (18/24 ans).

L'étude établit également qu'en moyenne, conduire sous l'effet du cannabis double presque le risque d'avoir un accident mortel (x 1,8), le risque est plus grand si la dose de cannabis est plus élevée. Et si le conducteur a mélangé cannabis et alcool (ce qui est souvent le cas comme le démontre l'étude), le risque qu'il provoque un accident mortel est multiplié par... 14 !

Les accidents peuvent être dus à une plus grande vulnérabilité du conducteur face à un événement inattendu (en cas de consommation peu importante de cannabis) ; à une dégradation générale des capacités de conduite pouvant mener à une perte de contrôle (forte consommation de cannabis, ou mélange avec l'alcool)

⁸ Etude « Stupéfiants et Accidents Mortels » (SAM)

La loi relative à la sécurité routière du 18 juin 1999 a instauré la recherche systématique des produits stupéfiants chez les conducteurs impliqués dans des accidents mortels sur les routes. L'étude a été menée à partir d'analyses effectuées entre le 1^{er} octobre 2001 et le 30 septembre 2003, avec recherche systématique du taux d'alcoolémie. Sur tous les stupéfiants décelés, seules les études sur le cannabis ont permis d'aboutir à des conclusions statistiquement fiables, les effectifs concernant les autres substances étant insuffisants.

3.2.4. Les médicaments psychoactifs

Du bon et du mauvais usage de ces médicaments qui sont là pour soigner et qu'il ne faut surtout pas prendre à la légère.

Un médicament psychoactif, qu'est-ce que c'est ?

Prescrit et utilisé avec discernement, un médicament psychoactif permet d'atténuer ou de faire disparaître une souffrance psychique : anxiété, dépression, troubles délirants, etc.

Un médicament psychoactif est prescrit par un médecin. Après examen, celui-ci établit un diagnostic et, s'il l'estime nécessaire, détermine le traitement adapté à l'état de santé du patient.

Un grand nombre de personnes demandent à leur médecin des médicaments pour faire face à des troubles provoqués par leurs difficultés quotidiennes. Parmi elles, on peut citer les personnes âgées confrontées à la solitude, les personnes confrontées à une surcharge de responsabilités, exposées au stress ou à un événement éprouvant.

Les troubles du sommeil sont un motif fréquent de prescription de médicaments psychotropes. Ces troubles peuvent être transitoires ou occasionnels et devenir chroniques. **Dans tous les cas, les prescriptions ont une durée limitée.**

Effets et dangers des médicaments psychoactifs

Les effets des médicaments psychoactifs diffèrent selon leur composition chimique, les doses administrées et la sensibilité individuelle du patient.

Associer les médicaments à d'autres substances psychoactives comporte des dangers, d'autant que certaines interactions sont méconnues médicalement. Le mélange avec l'alcool, par exemple, potentialise ou parfois annule les effets des substances absorbées.

Les effets d'un médicament psychoactif diffèrent selon la catégorie à laquelle il appartient ; elles sont au nombre de quatre :

- les tranquillisants ou anxiolytiques ;
- les somnifères ou hypnotiques ;
- les neuroleptiques ou antipsychotiques ;
- les antidépresseurs ;

Les tranquillisants ou anxiolytiques

Ils diminuent l'angoisse et les manifestations de l'anxiété (insomnies, tension musculaire...). Ils ne sont pas indiqués pour une maladie précise mais pour répondre à un état d'anxiété. Cependant, tout état de ce type ne nécessite pas systématiquement une prescription de ces médicaments.

Les tranquillisants les plus prescrits, souvent pour des durées trop longues, appartiennent à la famille des benzodiazépines, connue pour le risque de dépendance physique et psychique qu'elle entraîne.

Les tranquillisants sont parfois utilisés de façon toxicomaniaque, à doses massives ou en association à d'autres produits.

Les somnifères ou hypnotiques

Ils sont destinés à provoquer et/ou maintenir le sommeil. De ce fait, ils peuvent diminuer la vigilance en état d'éveil.

Les somnifères les plus prescrits n'appartiennent pas à la famille des benzodiazépines, mais celles-ci sont encore souvent utilisées en raison de leur efficacité contre l'angoisse.

Les somnifères sont parfois utilisés de façon toxicomaniaque, à doses massives ou en association à d'autres produits notamment l'alcool.

Les neuroleptiques

Ils relèvent de prescriptions psychiatriques, notamment pour le traitement des psychoses (maladies mentales qui affectent les comportements, le rapport à la réalité et dont le malade ne reconnaît souvent pas le caractère pathologique).

Dans le traitement de ces maladies souvent longues, la prise en charge psychologique et sociale du patient doit être associée au traitement médicamenteux.

Comme pour tout traitement médical, son interruption est particulièrement déconseillée sans l'avis du médecin.

Dans l'état actuel de nos connaissances, ces produits ne sont pas utilisés à des fins toxicomaniaques.

Les antidépresseurs

Ils sont prescrits dans le traitement de la dépression, dont les symptômes sont notamment : la tristesse, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir à vivre, des troubles du sommeil et des troubles alimentaires (perte de l'appétit ou plus rarement boulimie), sensation de fatigue ou perte d'énergie inexplicables, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive, diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer.

Les antidépresseurs peuvent entraîner des effets indésirables : perte de vigilance, somnolence ou excitation.

Ces médicaments doivent être réservés aux dépressions diagnostiquées par le médecin et ne peuvent être prescrits pour des difficultés passagères.

Ils n'entraînent pas de réelle dépendance physique.

Cependant, la diminution de la posologie doit être progressive pour éviter des symptômes comme des nausées ou des sensations vertigineuses en cas d'arrêt brutal.

Consommation déclarée

Adultes de 18 à 75 ans, en 2000

→ Au cours de l'année

- 20 % des femmes et 12 % des hommes de 18 à 75 ans ont consommé au moins un anxiolytique ou un hypnotique au cours de l'année
- 6 % des hommes et 12 % des femmes ont consommé un antidépresseur au cours de l'année.

→ Au cours de la semaine précédant l'enquête

- 6 % des hommes et 12 % des femmes ont consommé un anxiolytique ou un hypnotique.
- Dans les trois quarts des cas, le médicament a été prescrit à l'utilisateur par un médecin pour le problème actuel ; dans 12 % des cas, il provient d'une ancienne prescription pour lui-même.

Jeunes 17-18 ans, en 2003

→ Au cours de l'année, ont consommé un psychotrope

- 31 % des filles
- 11 % des garçons

→ Au cours des 30 derniers jours, ont consommé un psychotrope

- 18 % des filles et
- 6 % des garçons
- Le médicament n'a été prescrit à l'utilisateur que dans la moitié des cas.

Que prévoit la loi ?

Depuis 1991, la durée des prescriptions des tranquillisants et des somnifères est limitée pour que le médecin évalue régulièrement l'intérêt du traitement :

- quatre semaines pour les somnifères ;
- douze semaines pour les tranquillisants.

Une nouvelle prescription ne peut être établie qu'après un bilan de la situation clinique du patient par le médecin qui reste l'interlocuteur privilégié et obligatoire.

La publicité des médicaments en général, et des médicaments psychoactifs en particulier, est réglementée.

3.2.5. Les inhalants et solvants

Ce sont des substances chimiques contenues dans des produits d'usage courant que l'on peut également se procurer dans des magasins très divers. Inhalés, ces produits sont utilisés pour leurs effets psychoactifs en particulier par des enfants ou des adolescents très jeunes. Ils ont une forte toxicité.

Les inhalants et solvants, qu'est-ce que c'est ?

Les solvants organiques (volatils ou gazeux) les plus connus sont l'éther, le trichloréthylène et l'acétone. On les trouve dans une gamme de produits variés : colles, solvants, détachants, vernis, dérivés du pétrole, gaz propulseurs de bombes aérosols, etc.

Ils sont inhalés par leurs usagers, parfois directement pulvérisés dans le nez ou la gorge, parfois à travers un chiffon, parfois la tête plongée dans un sac en plastique permettant l'obtention de la concentration souhaitée.

Effets et dangers

L'intensité de leurs effets dépend des molécules entrant dans leur composition, de la quantité inhalée (concentration des vapeurs et temps d'inhalation) et de l'éventuelle tolérance développée par l'utilisateur (nécessité d'accroître les doses pour obtenir les mêmes effets).

Ils provoquent successivement une euphorie avec sensation d'ivresse, suivie, chez certains consommateurs, de troubles de la perception pouvant conduire à des hallucinations, et enfin, une somnolence allant parfois jusqu'à la perte de conscience.

Des accidents peuvent survenir lors d'une prise : asphyxie par perte de connaissance « la tête dans le sac », explosion par chauffage de solvants volatils, arrêt cardiaque, expériences d'hallucinations, etc. L'usage à long terme entraîne des pathologies neurologiques, des lésions des reins, du foie, des voies respiratoires et du système digestif, ainsi que des troubles du comportement.

Des substances testées par les plus jeunes

Les colles et solvants constituent un des produits les plus testés par les jeunes. L'expérimentation est très précoce, souvent dès l'âge de 12-13 ans. Cependant il s'agit rarement de consommation régulière.

3.2.6. L'ecstasy et les amphétamines

L'ecstasy et les amphétamines sont des produits de synthèse recherchés pour leurs effets stimulants, particulièrement dans les milieux festifs.

L'ecstasy est un produit illicite.

L'ecstasy, qu'est-ce que c'est ?

L'ecstasy désigne à l'origine un produit (comprimé, gélule, poudre) comprenant une molécule de la famille chimique des amphétaminiques, la MDMA, responsable des effets psychoactifs qui combinent certains effets des stimulants et des hallucinogènes.

En France, au début des années 90, la consommation d'ecstasy était essentiellement rattachée à des mouvements de culture musicale techno et aux fêtes de type "raves-party" et « free-party ». Aujourd'hui la consommation de ce produit déborde ce contexte culturel. On la consomme dans les événements festifs en général (boîtes, bars, fêtes privées ...), mais aussi parmi de jeunes usagers en errance urbaine.

En Europe, la consommation d'ecstasy au cours de l'année écoulée chez des adolescents et des jeunes adultes (15 à 34 ans) varie de 0,3% en Italie à 4,3% en Grande Bretagne et 5,9% en république Tchèque. En France, l'expérimentation (usage au cours de la vie) de l'ecstasy concerne une part restreinte de la population adulte (0,8% des 18-75 ans). Elle est toutefois plus fréquente chez les plus jeunes (4,2% des 17-18 ans). L'usage d'ecstasy au cours de l'année concerne 1,6% des 17-18 ans et 0,5% des 15-34 ans.

À quoi ça ressemble ?

L'ecstasy se présente généralement sous forme de comprimés de couleurs et de formes variées ornés d'un motif ou d'un logo se renouvelant régulièrement. Pour un même logo, la quantité de MDMA contenu dans un comprimé peut être très variable et est imprévisible, ce qui peut amener à consommer des doses beaucoup plus fortes que prévues.

En outre, le contenu d'un comprimé présenté comme étant de l'ecstasy est souvent incertain : on peut trouver, en plus de la MDMA, d'autres molécules amphétaminiques parfois plus ou moins apparentées à l'ecstasy (MDA, MDEA...), de la caféine, des molécules médicamenteuses, des sucres et liants divers.

L'ecstasy est généralement avalé (« gobé »).

Effets et dangers de l'ecstasy

- Une certaine euphorie, une sensation de bien-être et de plaisir sont généralement ressenties dans un premier temps, mais parfois au contraire survient une remise en question génératrice d'angoisse, une incapacité totale à communiquer. En général, les effets durent entre 2 et 4 heures puis vient « la descente » qui s'apparente à une forme de dépression plus ou moins intense.
- La consommation de MDMA peut entraîner des nausées, des sueurs, des maux de tête. Surtout, l'ecstasy peut provoquer une déshydratation de l'organisme et une élévation de sa température (hyperthermie), d'autant plus forte que le consommateur se trouve dans une ambiance surchauffée et fait un effort physique important.

- Des usagers d'ecstasy ayant souffert d'un problème aigu décrivent des troubles neuropsychiatriques (angoisse, hallucinations), des troubles digestifs, et des pertes de connaissance. Des accidents rares mais graves ont été reliés à la consommation d'ecstasy : décès par hyperthermie, arythmies cardiaques, hépatites.
- En cas d'association avec d'autres substances, les risques sont accrus. Ainsi le mélange avec l'alcool et le cannabis, dans un contexte de fête. Ou l'association avec certains médicaments, notamment avec l'aspirine, des traitements anti-VIH et certains antidépresseurs.
- Par ailleurs, l'ecstasy peut entraîner des inflammations des sinus avec risques de transmission d'hépatites virales en cas de partage de la paille servant à sniffer.

Effets d'une consommation régulière

- Une consommation régulière et durable entraîne souvent un amaigrissement accompagné parfois d'irritabilité. Chez certains usagers, l'ecstasy peut provoquer une forme de dépendance qualifiée de « psychique ». Il a été observé chez des consommateurs fréquents des dépressions importantes nécessitant un traitement médical
- Enfin, des travaux scientifiques établissent qu'une dégénérescence des cellules nerveuses est possible à la suite de consommations de MDMA. On ne sait pas si elle est réversible. Elle pourrait entraîner à terme des maladies dégénératives ou des troubles responsables d'une dépression..

Le testing

Le testing est une méthode utilisée par certaines associations intervenant dans les milieux festifs, principalement dans les soirées « rave », pour tester les pilules d'ecstasy. Ce test consiste à verser une goutte de réactif sur une petite quantité de produit pour déterminer, selon la réaction colorée, la présence ou non de MDMA. Mais le testing ne permet pas de déterminer la quantité d'ecstasy contenue dans l'échantillon, ni la présence de produits de coupage qui pourraient s'avérer extrêmement nocifs. Cette pratique a donc souvent été critiquée pour ses insuffisances, mais aussi parce qu'elle peut donner au consommateur venu « tester » son produit un sentiment de « fausse sécurité », si la présence de MDMA est confirmée. C'est pourquoi elle n'est pas autorisée par les pouvoirs publics dans l'ensemble des pays de l'Union Européenne ; en revanche, un dispositif de surveillance a été établi avec les associations, afin de recueillir des informations sur les produits qui circulent, et maintenir un dialogue de prévention avec les consommateurs.

Les amphétamines ou speed

Les amphétamines, qu'est ce que c'est ?

Les amphétamines sont des psychostimulants et anorexigènes puissants autrefois utilisés comme coupe-faim ou pour empêcher le sommeil, dans certaines circonstances. Leur toxicité ainsi que la forte dépendance psychique qu'elles entraînent expliquent que la plupart des amphétamines soit classée comme stupéfiant depuis 1967.

Aujourd'hui, les amphétamines se présentent généralement sous forme de poudre à sniffer et parfois de comprimés.

Il existe un dérivé de l'amphétamine aux effets très puissants : la métamphétamine, appelée encore crystal, ice ou yaba, dont la consommation est extrêmement marginale en France.

Effets et dangers des amphétamines

Puissant stimulant physique et psychique, elles peuvent donner la sensation de supprimer la fatigue et donner l'illusion d'être invincible.

La consommation d'amphétamines peut entraîner des crises de tétanie et d'angoisse. La « descente » d'une prise d'amphétamine peut induire un sentiment de découragement voire un état dépressif.

Une consommation régulière d'amphétamines peut entraîner une altération de l'état général du fait de la dénutrition et du manque de sommeil. Elle conduit à un état d'épuisement, une grande nervosité et des troubles psychiques (état délirant).

Ces produits s'avèrent très dangereux en cas de dépression, de problèmes cardio-vasculaires et d'épilepsie.

L'association avec de l'alcool ou d'autres substances psychoactives comme l'ecstasy (MDMA) accroît les risques de neurotoxicité.

Ecstasy et amphétamines

Consommations déclarées des jeunes français de 17-18 ans en 2003

Au moins une fois dans la vie

- ecstasy : filles 3 %, garçons 5,2 %.
- amphétamine : filles 1,5 %, garçons 3 %

L'ecstasy est très peu consommé dans l'ensemble de la population : moins de 1% des 18/75 ans l'ont expérimenté. Chez les 17/18 ans, l'expérimentation est 5 fois plus fréquente, même si très peu en ont fait un usage récent.

3.2.7. La cocaïne

La cocaïne est un produit illicite

Qu'est-ce que c'est ?

La cocaïne se présente généralement sous la forme d'une fine poudre blanche, cristalline et sans odeur. Elle est extraite des feuilles de cocaïer.

Lorsqu'elle est « sniffée », c'est-à-dire aspirée par le nez, elle est appelée « ligne de coke », elle est aussi injectée par voie intraveineuse ou fumée principalement sous forme de crack ou free base.

La cocaïne est parfois frelatée, coupée ou mélangée à d'autres substances par les trafiquants, ce qui peut accroître la dangerosité de sa consommation en particulier dans le cas d'interaction entre des produits dont on ne connaît pas la composition.

Effets et dangers de la cocaïne

L'usage de cocaïne provoque une euphorie immédiate, un sentiment de puissance intellectuelle et physique et une indifférence à la douleur et à la fatigue. Ces effets vont laisser place ensuite à un état dépressif et à une anxiété que certains apaiseront par une prise d'héroïne ou de médicaments psychoactifs.

La cocaïne provoque :

- une contraction de la plupart des vaisseaux sanguins. Les tissus, insuffisamment irrigués, s'appauvrissent et, par conséquent, se nécrosent. C'est souvent le cas de la cloison nasale avec des lésions perforantes chez les usagers réguliers ;
- des troubles du rythme cardiaque ;
- des troubles psychiques : une grande instabilité d'humeur, des délires paranoïdes (notamment au bruit) ou des attaques de panique ;
- une augmentation de l'activité psychique et, par conséquent, des insomnies, des amnésies et des phases d'excitation.

Une autre caractéristique de la cocaïne est de lever les inhibitions, ce qui peut conduire à commettre des actes de violence.

Par ailleurs, les matériels utilisés pour "sniffer" peuvent transmettre les virus des hépatites A, B et C, s'ils sont partagés entre plusieurs usagers. En cas d'injection, le matériel partagé peut transmettre le virus du sida.

Cocaïne et dépendance

Excitant puissant, **la cocaïne provoque une dépendance psychique importante.**

Il est difficile d'arrêter une consommation aiguë de cocaïne, tant le besoin d'en reprendre est important. L'apaisement, même avec la consommation d'une autre substance, est très difficile.

Un dérivé de la cocaïne : le crack (appelé aussi cocaïne base libre ou free-base)

Le crack est un mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et/ou d'ammoniaque présenté sous forme de petits cailloux. L'utilisateur en inhale la fumée après les avoir chauffés. Cette opération provoque des craquements, origine de son nom.

Ce mode de consommation provoque des effets plus intenses et plus brefs que ceux de la cocaïne et l'état dépressif qui lui succède est d'autant plus difficile à gérer.

L'usage régulier de crack peut provoquer des hallucinations et entraîner des comportements violents, paranoïaques et suicidaires.

L'usage régulier de crack peut provoquer :

- des dommages rapides sur le cerveau ;
- de graves altérations des voies respiratoires ;
- des arrêts respiratoires et/ou cardiaques pouvant entraîner la mort.
- des états d'épuisement physique et psychique avec une altération de l'état général.
- des lésions cutanées (mains, lèvres, pieds ...) liées aux pratiques de consommation.

Sa consommation régulière crée rapidement une forte dépendance psychique et une neurotoxicité (dégénérescence des neurones) très importante.

Le crack est un produit interdit par la loi.

Cocaïne et crack

Consommation déclarée des jeunes de 17-18 ans en 2003

→ Au moins une fois dans la vie

- 2,8 % des garçons
- 1,7 % des filles

→ Au moins un usage dans les 30 derniers jours

- 1,2 % des garçons
- 0,6 % des filles

3.2.8. L'héroïne

L'héroïne est un produit illicite

L'héroïne, qu'est-ce que c'est ?

L'héroïne est un opiacé puissant, obtenu à partir de la morphine. Les opiacés sont des substances naturelles contenues dans le latex (opium) recueilli sur une plante, le pavot.

À quoi ça ressemble ?

L'héroïne se présente sous la forme d'une poudre ou de granulés à écraser. Longtemps associée à l'injection par voies intraveineuses, l'héroïne est aujourd'hui fréquemment prisee (sniffée) ou fumée. Les pratiques d'injection sont en baisse.

Effets et dangers de l'héroïne

L'héroïne provoque très rapidement l'apaisement, l'euphorie et une sensation d'extase (comme dans un bain chaud). Cet effet immédiat de plaisir intense est suivi d'une sensation de somnolence, accompagnée parfois de nausées, de vertiges, et d'un ralentissement du rythme cardiaque. L'héroïne agit comme anxiolytique puissant et comme antidépresseur.

Quand l'usage se répète, la tolérance au produit s'installe et le plaisir intense des premières consommations diminue. En quelques semaines, le consommateur ressent le besoin d'augmenter la quantité du produit et la fréquence des prises. La place accordée à cette consommation est telle qu'elle modifie la vie quotidienne de l'usager. La dépendance s'installe rapidement dans la majorité des cas. L'héroïnomanie oscille alors entre des états de soulagement euphoriques (lorsqu'il est sous l'effet de l'héroïne) et des états de manque qui provoquent anxiété, agitation... La dépendance entraîne presque toujours des risques de désinsertion sociale importants.

La surdose ou overdose de l'héroïne peut provoquer une insuffisance respiratoire souvent mortelle.

La pratique de l'injection expose à des infections locales (abcès) lorsqu'une bonne hygiène n'est pas respectée. De plus, la mise en commun du matériel d'injection, et notamment de la seringue, expose à un risque très élevé d'être contaminé par le virus du sida (VIH) ou des hépatites B et C. En cas d'injection, la réduction des risques nécessite d'utiliser des seringues neuves à chaque fois et un matériel de préparation strictement personnel. Les seringues sont en vente libre en pharmacie, notamment sous forme de trousse. Il existe des programmes de distribution gratuite qui sont l'occasion d'un premier contact avec les usagers.

Héroïne et traitement

Les personnes dépendantes de l'héroïne peuvent bénéficier de soins dans des centres spécialisés qui offrent une prise en charge anonyme et gratuite ou en médecine générale. Les traitements de la dépendance sont également assurés en prison. Le sevrage et les traitements de substitution doivent toujours être accompagnés d'un suivi psycho-social.

Le traitement de substitution par la prise par voie orale de médicaments opiacés (méthadone ou buprénorphine, nom de spécialité Subutex®) stabilise la dépendance et s'accompagne d'une prise en charge médicale et sociale. Ce traitement peut durer plusieurs mois ou plusieurs années pour faciliter l'amélioration de la situation sociale, la prise en charge psychologique, le traitement des maladies somatiques.

Gestes d'urgence

La prise d'héroïne peut entraîner une dépression respiratoire et une perte de conscience. Tenir éveillée la personne encore consciente (ouvrir les fenêtres, lui donner des claques) en attendant les secours du Samu ou des pompiers, **composer le 15 ou le 18**. En cas d'inconscience, pratiquer les gestes de secourisme (position latérale de sécurité, réanimation cardio-pulmonaire éventuellement).

Consommation déclarée des jeunes français de 17-18 ans en 2003

→ Au moins une fois dans la vie

- 1 % pour les garçons
- à ,7% pour les filles

→ Au moins une fois dans les 30 derniers jours

- 0,5 % des garçons
- 0,2 % des filles

3.2.9. Les autres drogues : drogues de synthèse et hallucinogènes

Le LSD

Le LSD est un produit illicite

Le LSD est un produit rarement expérimenté par les plus jeunes. Sa consommation reste cantonnée à des sous groupes de poly-expérimentateurs, en particulier de produits hallucinogènes. Le LSD est classé stupéfiant.

Une dose de LSD se présente le plus souvent sous la forme d'un petit morceau de buvard porteur d'un fragment de dessin, parfois d'une "micropointe" (ressemblant à un bout de mine de crayon) ou sous forme liquide.

Il est le plus souvent avalé. Les effets durent entre cinq et douze heures, parfois plus longtemps.

Effets et dangers

Le LSD (« trip », « acide ») est un hallucinogène très puissant. Il entraîne des modifications sensorielles intenses parfois assimilées à un sentiment de lucidité extraordinaire, provoque des hallucinations et sensations spécifiques (impression de « voir » la musique...) des crises d'hilarité, des délires et une perte plus ou moins marquée du sens des réalités. Ces effets, mentalement très puissants, sont très variables suivant les individus et la dose.

L'utilisateur peut se retrouver dans un état confusionnel pouvant s'accompagner d'angoisses, de crises de panique (bad-trip) de paranoïa, de phobies, de bouffées délirantes.

La « descente » peut parfois être très désagréable et générer un profond mal-être. Tout consommateur s'expose à des « bad trips » (mauvais voyage, c'est à dire des hallucinations cauchemardesques) ou à des accidents psychiatriques graves.

Certaines personnes ressentent des épisodes de « flash-back » (sensation très déstabilisante de se retrouver subitement « en trip ») plusieurs jours ou semaines après une consommation.

Les poppers

Les poppers sont des préparations contenant certaines substances, les nitrites aliphatiques dissous dans des solvants. Les poppers contenant des nitrites de pentyle ou de butyle sont interdits à la vente en France, et classés comme stupéfiant depuis 1990, mais d'autres produits proches ne sont pas interdits.

Ils se présentent sous la forme d'un petit flacon ou une ampoule à briser pour pouvoir en inhaler le contenu.

Les poppers sont essentiellement consommés par les jeunes adultes. Parmi les jeunes de 17-18 ans, 4,5 % en ont consommé au moins une fois dans leur vie, un peu plus les garçons que les filles.

Ils peuvent provoquer une sensation d'euphorie, un étourdissement, éventuellement accompagnée de rires, une dilatation intense des vaisseaux et une accélération du rythme cardiaque. Leurs effets ne durent pas plus de 2 minutes.

Leur consommation peut faire apparaître des plaques de rougeur sur la peau, provoquer des vertiges ou des maux de tête qui peuvent être violents mais de courte durée.

À forte dose, les poppers peuvent créer une dépression respiratoire, endommager les cloisons nasales. Une consommation régulière entraîne des anémies graves (fatigue due à la baisse de la capacité des globules rouges à fixer l'oxygène), des problèmes passagers d'érection, des rougeurs et des gonflements du visage, des croûtes jaunâtres autour du nez et des lèvres. Concentrés, ils provoquent des vertiges violents, voire des malaises.

En cas d'association avec d'autres substances psychoactives ou à des médicaments (surtout les médicaments pour la tension et le cœur), les risques sont accrus.

Les champignons hallucinogènes

Les champignons hallucinogènes sont expérimentés par une minorité conséquente de jeunes de 17/18 ans. L'usage récent, qui reste généralement peu fréquent et épisodique, concerne surtout de jeunes adultes à la recherche soit d'une aventure de groupe, soit d'expériences intérieures. Les champignons hallucinogènes ainsi que les préparations les comprenant sont classés comme produits stupéfiants.

La variété la plus connue des champignons hallucinogène est la famille des psilocybes qui comporte plus de 80 variétés, souvent appelés « psilos ». Ils procurent des effets de types hallucinogène et euphorisants proches de ceux du LSD.

Le principe actif essentiel est la psilocybine.

Ils sont consommés dans de nombreux milieux festifs et souvent perçus comme moins dangereux que le LSD. Cependant ils peuvent entraîner les mêmes risques de perte de contrôle. Certaines variétés de psilocybes exotiques sont extrêmement dosés en principe actif et peuvent exposer à de graves accidents.

Consommations déclarées des jeunes français de 17-18 ans en 2003

→ Au moins une fois dans la vie

- Poppers : filles 3,7 %, garçons 5,3 %
- LSD : filles 0,9 %, garçons 1,9 %
- Champignons hallucinogènes : filles 2,6 %, garçons 5,9 %

3.2.10. Le dopage

Il existe des produits et des procédés considérés comme « dopants », dans la mesure où ils sont susceptibles de modifier artificiellement les capacités d'un sportif. Ces produits ou procédés peuvent être utilisés au cours des compétitions elles-mêmes ou en vue d'y participer lors de l'entraînement des sportifs.

L'usage de ces produits porte préjudice à l'éthique sportive et à l'intégrité de l'athlète.

La liste des procédés et des substances dopantes mise à jour chaque année fait l'objet d'un arrêté conjoint des ministres chargés des sports et de la santé.

Le contrôle est pratiqué lors des compétitions ou manifestations organisées ou autorisées par une fédération sportive et à l'entraînement.

EFFETS ET DANGERS DU DOPAGE

L'utilisation des substances dopantes présente un danger pour la santé des sportifs. Certaines sont des produits illicites (cannabis, cocaïne, etc.) qui peuvent entraîner une dépendance chez le consommateur. D'autres sont des médicaments (EPO, hormone de croissance, insuline, par exemple).

Ces consommations entraînent des risques :

- la prise de sédatifs, bêta-bloquants, produits d'éveil ou corticoïdes (en dehors d'un cadre strictement thérapeutique) provoque des risques physiques immédiats (problèmes cardiaques, vasculaires, respiratoires, digestifs, neurologiques ou psychiques) et peuvent entraîner une diminution des défenses immunitaires et une accoutumance ;
- la prise d'érythropoïétine (EPO) peut causer des phénomènes d'hypertension et des accidents vasculaires graves ;
- la prise de diurétiques est à l'origine d'hypotensions brutales, de troubles musculaires, cardiaques et digestifs ;
- une administration prolongée d'hormones (hormones de croissance, hormones stéroïdes sexuelles anabolisantes) peut provoquer des effets secondaires néfastes (lésions tendineuses, claquages musculaires, hypertension, anomalies des caractères sexuels physiques et/ou psychiques chez les adultes, troubles du métabolisme du calcium, anomalie de la croissance chez les jeunes) , parfois très graves.

Outre les problèmes médicaux que le dopage fait peser sur la santé des sportifs, il porte atteinte aux valeurs sociales, éthiques et éducatives véhiculées par le sport.

LE DOPAGE ET LA LOI

La France a été le premier Etat avec la Belgique à élaborer une législation sur le dopage.

La loi du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage a créé le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage (CPLD), instance de régulation indépendante chargée de la prévention, de la coordination de la recherche et de la lutte antidopage. Pour surveiller la santé des sportifs, un réseau de médecins conseillers auprès des directeurs régionaux jeunesse et sports a été mis en place.

Les sportifs en infraction encourent des peines de retrait provisoire ou définitif de licence de la part des fédérations françaises sportives agréées et du CPLD.

Par ailleurs, est puni de sanctions pénales le fait de s'opposer à l'organisation de contrôle antidopage, le non-respect d'une décision d'interdiction prononcée soit par une fédération, soit par le CPLD et la prescription de substances et procédés dopants.

Un projet de loi est actuellement en cours d'examen au Parlement et devrait être voté à la fin de l'année 2005. Il remplacera alors la loi du 23 mars 1999.

En 2004, 425 des 8.915 échantillons analysés par le Laboratoire national du dépistage du dopage, soit 4,8 %, contenaient des substances ou des procédés interdits. Le « taux de positivité » le plus élevé est constaté dans le cyclisme (13 %) et le plus bas dans le tennis (0,4 %). Les substances les plus fréquemment retrouvées sont les glucocorticoïdes (35 %), le cannabis (23 %) et les bêta-2 agonistes (19 %).

Consommation déclarée par les jeunes français de 18 ans en 2002

Produits pour améliorer les performances physiques ou sportives

→ Au moins une fois dans la vie chez les jeunes de 18 ans

- 3,6 % des filles
- 7,6 % des garçons

→ Parmi ces jeunes de 18 ans déclarant avoir consommé des produits pour améliorer les performances physiques ou sportives, catégories de produits les plus cités :

- Par les garçons : stimulants (amphétamines, cocaïne, caféine à haut dosage...) (32 %), corticoïdes (9 %) et anabolisants (8 %)
- Par les filles : stimulants (32 %), corticoïdes (13 %) et anabolisants (2 %)

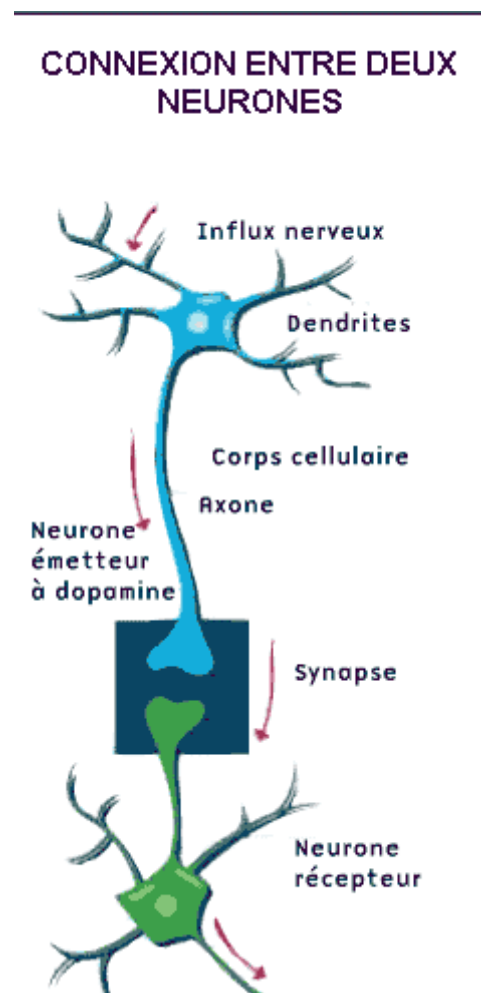
Pour une information sur les produits, les réglementations, un conseil, une aide :
Ecoute dopage 0800 15 2000

3.3. L'ACTION DES DROGUES SUR LE CERVEAU

Les cellules présentes dans le cerveau, les neurones, sont composés d'un corps cellulaire et de « ramifications » : les dendrites, multiples, et l'axone, unique.

A l'intérieur du cerveau, les informations circulent sous forme d'activité électrique « véhiculée » par les neurones, appelée influx nerveux ; elles cheminent des dendrites au corps cellulaire, où elles sont traitées, puis du corps cellulaire à l'axone.

Pour passer d'un neurone à un autre, l'influx nerveux se transforme en messages chimiques qui prennent la forme d'une substance sécrétée par le neurone, le neuromédiateur, comme par exemple la dopamine qui véhicule l'information jusqu'au neurone suivant. Le neuromédiateur sécrété par le premier neurone traverse l'espace situé entre les deux neurones et rejoint le deuxième neurone où il se fixe sur des récepteurs spécifiques. Cette connexion entre deux neurones est appelée synapse.



C'est sur ces processus de transmission de l'information par des messages chimiques qu'agissent les substances psychoactives.

Il existe différents neuromédiateurs (la dopamine, la sérotonine, l'acétylcholine...) et à chaque neuromédiateur correspond un récepteur spécifique, capable de le reconnaître et de le réceptionner.

Une drogue dont la structure moléculaire ressemble à celle d'un neuromédiateur produit naturellement par l'organisme peut, du fait de cette ressemblance, agir sur le système de transmission de l'information au niveau de la synapse.

Les drogues ou substances psychoactives peuvent agir sur le neuromédiateur produit naturellement par l'organisme par trois modes d'action :

- certaines substances imitent les neuromédiateurs naturels et donc se substituent à eux dans les récepteurs : la morphine, par exemple, s'installe dans les récepteurs à endorphine, et la nicotine, dans les récepteurs à acétylcholine ;
- certaines augmentent la sécrétion d'un neuromédiateur naturel : la cocaïne, par exemple, augmente la présence de dopamine dans la synapse, et l'ecstasy celle de la sérotonine et de la dopamine ;
- certaines bloquent un neuromédiateur naturel : par exemple, l'alcool bloque les récepteurs nommés NMDA.

Cocaïne, ecstasy, tabac, alcool, médicaments psychoactifs... tous les produits qui peuvent déclencher une dépendance chez l'homme ont en commun une propriété : ils augmentent la quantité de dopamine.

La dopamine et le « circuit de la récompense »

Les drogues qui agissent le plus fortement sur l'humeur sont les psychostimulants et les opiacés. Les psychostimulants, comme leur nom l'indique, augmentent la vigilance et diminuent la sensation de fatigue et de sommeil : c'est le cas des amphétamines et de la cocaïne. Au contraire, les opiacés, comme la morphine ou l'héroïne, ont un effet d'endormissement.

Bien que ces deux groupes de produits aient des effets opposés, les recherches actuelles ont montré qu'ils possèdent en commun la propriété d'augmenter dans le cerveau la libération d'une molécule fabriquée par les neurones, la dopamine. En fait, ce sont non seulement les psychostimulants et les opiacés mais aussi tous les produits qui déclenchent de la dépendance chez l'Homme, comme le tabac, l'alcool, l'ecstasy ou le cannabis, qui possèdent cette propriété de faire libérer la dopamine.

L'intérêt de cette découverte vient de ce que la dopamine active chez l'Homme un circuit appelé le «circuit de la récompense». Il s'agit d'un ensemble de structures cérébrales qui, comme un baromètre, nous indiquent à chaque instant dans quel état physique et psychique nous nous trouvons. Lorsque la quantité de dopamine augmente dans ces structures, quelle qu'en soit la raison, nous ressentons du plaisir et considérons que tout va bien, même si par ailleurs notre corps souffre ou que nous sommes déprimés.

Ainsi les drogues, par leur action biochimique, modifient la conscience que nous avons de notre environnement et de nous-mêmes. La prise répétée de drogues modifie à long terme la façon dont notre cerveau perçoit l'origine de ses satisfactions et perturbe notre recherche du plaisir, entraînant ainsi chez certaines personnes des phénomènes de dépendance.

3.4. DONNÉES GÉOPOLITIQUES

La production et la distribution des drogues illicites (opiacés, cocaïne, cannabis, drogues de synthèse) donnent lieu à un trafic international relativement intense et constituent une des premières sources de revenus occultes au niveau mondial.

L'essentiel de la production mondiale illicite d'opium et d'héroïne est le fait de trois pays : l'Afghanistan, le Myanmar (ex Birmanie) et le Laos. Après une relative contraction de cette production entre 1997 et 2001 liée principalement à la diminution des surfaces cultivées en Afghanistan, la production est répartie depuis lors à la hausse du fait de la reprise de la culture du pavot à grande échelle dans ce pays alors même que les surfaces cultivées ont diminué dans le même temps au Myanmar et au Laos. A l'heure actuelle, on estime les surfaces cultivées à 180 000 hectares, la production d'opium en résultant étant estimée à environ 4 500 tonnes. L'Afghanistan représente les $\frac{3}{4}$ de cette production, le Myanmar 18 % et le Laos 2%.

Le transit de l'opium vers les principaux lieux de consommation (Europe et Amérique du Nord) s'effectue par deux grandes voies : l'Asie centrale, la Fédération de Russie et les ex-pays communistes de l'est européen ; l'Iran, la Turquie et la route des Balkans. Il faut noter que les pays de transit deviennent également, et de plus en plus, des lieux de consommation : cette évolution est particulièrement sensible dans quatre pays (l'Iran, le Pakistan, la Fédération de Russie et l'Ukraine).

La production mondiale de cocaïne provient, pour l'essentiel de trois pays andins : la Colombie qui représente plus de 70 % de cette production, le Pérou (environ 20 %) et la Bolivie (environ 8 %). En dépit d'une contraction des surfaces cultivées en Colombie et d'une relative stabilité au Pérou, la production mondiale de cocaïne semble progresser assez sensiblement depuis les 3 dernières années comme en témoigne l'augmentation conséquente des quantités saisies opérées de par le monde. La relative augmentation des surfaces cultivées en Bolivie ne semble pas expliquer totalement cette évolution. Le transit de la cocaïne vers les lieux de consommation s'effectue par deux grandes voies : Amérique centrale et Mexique pour la cocaïne destinée au marchés américain et canadien ; l'arc caraïbe pour la cocaïne destinée aux marchés européens et africains. Comme dans le cas de l'opium, la zone de transit de l'arc caraïbe est devenue ces dernières années une zone de consommation, en particulier pour le crack qui est un produit dérivé de la cocaïne.

Drogue illicite la plus consommée de par le monde, le cannabis est le produit qui donne logiquement lieu au trafic international le plus important. L'essentiel du cannabis consommé en Europe est produit au Maroc et, de façon plus accessoire, en Algérie. Les experts constatent cependant une très nette progression de la culture de cannabis en Afrique subsaharienne qui alimente des marchés locaux mais aussi le trafic international. Globalement, les saisies mondiales de cannabis continuent de progresser, ce qui laisse penser que sa production reste sur une pente expansive. Du fait de sa position géographique, l'Espagne est l'un des principaux pays de transit du cannabis, les Pays Bas étant surtout utilisés par les trafiquants comme plaque tournante pour la redistribution du produit vers le Royaume Uni, l'Europe du Nord, l'Allemagne, la Belgique et la France.

La production de drogues de synthèse (Ecstasy, autres dérivés amphétaminiques) est le fait de laboratoires clandestins implantés, pour l'essentiel, aux Pays Bas et en Belgique. Toutefois, on observe ces dernières années le développement d'unités de production dans les ex-pays communistes, en particulier en Pologne. Après avoir connu des progressions spectaculaires jusqu'à un pic en 2001, les saisies de comprimés d'ecstasy ont baissé ces dernières années tout en s'inscrivant à un niveau élevé.

4 - LES LOIS ET LES REGLEMENTS

Que prévoit la loi en matière de lutte contre les stupéfiants ?

La loi du 31 décembre 1970 interdit et pénalise l'usage de toute substance classée comme stupéfiant. Elle a été complétée par plusieurs circulaires de politique pénale, la dernière en date d'avril 2005.

- **L'usage** de stupéfiants est un délit sanctionné d'une peine pouvant aller jusqu'à un an de prison et 3.750 € d'amende.

Dans la pratique cependant, les orientations de politique pénale recommandent aux procureurs d'éviter l'incarcération et de privilégier l'orientation sanitaire et sociale. Ainsi, selon le degré de consommation et les dommages entraînés, la circulaire d'avril 2005 prévoit une réponse « systématique », mais graduée, avec plusieurs alternatives aux poursuites : classement assorti d'un rappel à la loi, classement assorti d'une orientation vers une structure sanitaire ou sociale, ou injonction thérapeutique, qui correspond à une obligation de soins contraignante. La circulaire précise que les poursuites pénales devant le tribunal correctionnel devront « rester exceptionnelles », et être réservées aux récidivistes ou aux usagers qui refusent de se soumettre aux mesures alternatives. Des peines « dissuasives » sont également réclamées pour un usage de drogues devant certains lieux (écoles, prisons), ou pour des professions à risques (chauffeurs routiers par exemple).

- Contrairement à ce que pensent certains consommateurs, vendre ou offrir des produits stupéfiants, même à des amis, même en petite quantité, est assimilé par la loi à du **trafic**. L'utilisateur revendeur, qui finance ainsi sa consommation personnelle ou en tire un profit même minime, est donc considéré comme trafiquant, et s'expose à des poursuites graves : jusqu'à 5 ans de prison et 75.000 € d'amende. Ces peines peuvent être doublées quand la vente est faite à des mineurs, ou dans des lieux spécifiques comme les abords d'établissements scolaires.

Pour les trafics de plus grande ampleur, le nouveau code pénal prévoit des sanctions extrêmement lourdes, pouvant aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité, et 7 500 000 € d'amende (articles 222-34 et suivants).

Par ailleurs, la loi assimile à du trafic :

- la production ou fabrication de stupéfiants (par exemple, le fait de cultiver chez soi un ou des plants de cannabis)
- l'importation ou l'exportation de stupéfiants, même en très petites quantités réservées à la seule consommation personnelle

A noter enfin que la loi réprime la provocation à l'usage et au trafic : il est interdit d'inciter à la consommation, ne serait-ce qu'en portant un tee-shirt où figure une feuille de cannabis.

HISTORIQUE DES LOIS SUR LA LUTTE CONTRE LA DROGUE

Jusqu'à la fin des années 60, la drogue ne constituait pas en France un problème déclaré. Au cours de la première guerre mondiale, il y avait eu un important débat autour de l'usage des drogues illicites par les soldats. Ce débat avait donné lieu en 1916 à la publication d'une loi. C'était une loi de prohibition, avec des sanctions pénales relativement modérées.

A la fin des années 1960, comme dans beaucoup de pays occidentaux, il y a eu une explosion de l'héroïne et de cas de surdose mortelle, ce qui a conduit le Parlement à adopter une nouvelle loi en 1970. Cette loi reflète la prise en compte, dans le droit pénal, des idées véhiculées par le mouvement de défense sociale : la loi associe une vision répressive et une vision santé publique.

Une des dispositions essentielles de cette loi est l'injonction thérapeutique, c'est-à-dire la possibilité de ne pas sanctionner pénalement les usagers de drogues s'ils acceptent de se soigner. En même temps, c'est une loi assez répressive, parce qu'elle prévoit un an d'emprisonnement pour les simples usagers.

En France, il y a, d'une part, un système d'opportunité des poursuites (il appartient au Procureur de décider ou non de poursuivre) ; d'autre part, les peines prévues par les textes de Loi (code pénal, code de la santé publique..) constituent un plafond, le juge étant libre de descendre bien en-dessous.

A la fin des années 1980, le sida a bouleversé la vision de la santé publique et de la prise en charge des toxicomanes : un certain nombre d'outils de réduction des risques a été mis en place (lieux d'accueil pour les usagers très marginalisés, développement de traitements de substitution et, à partir de 1996, programmes d'échange de seringues). En 1999, une circulaire émanant du ministère de la justice privilégie, dans la politique pénale, les objectifs de santé publique de la loi, en proposant la mise en œuvre de peines alternatives assorties d'obligation de soin et en considérant la peine d'emprisonnement de l'usager comme un ultime recours.

Une nouvelle circulaire de politique pénale, tenant compte des problématiques actuelles en matière de consommation de stupéfiants et offrant un nouvel éventail de réponses judiciaires a été publiée en avril 2005 pour orienter et uniformiser les pratiques des procureurs de la République et des tribunaux.

Les questions que soulève la loi

Il convient d'avoir à l'esprit *les raisons pour lesquelles la loi de 1970 est aujourd'hui remise en question.*

- A la lumière des connaissances nouvelles en matière de neurobiologie et de pharmacologie, la distinction entre drogues licites et illicites, sur laquelle s'appuie la loi de 1970, ne paraît pas fondée sur une base scientifique cohérente. En effet, la consommation de substances psychoactives licites peut avoir des conséquences aussi dangereuses que celles des produits illicites inscrits au tableau des stupéfiants. C'est un argument que les jeunes fumeurs de cannabis opposent aux adultes, consommateurs réguliers d'alcool ou de tabac.
- Il y a des disparités dans l'application de la loi. Ces disparités reflètent, non seulement le principe de l'opportunité des poursuites, mais aussi la diversité des réalités locales et des moyens disponibles. Elles traduisent ainsi qu'une loi qui concerne des individus, des produits et des modes de consommation est difficilement applicable de la même façon pour tous les usagers de drogues et sur tout le territoire. Ces disparités expriment également l'évolution de la position d'une société face à un problème donné au cours de son histoire.

Il faut savoir que tous les pays européens ont des lois similaires, en cohérence avec les conventions internationales, et que c'est leur application qui diffère.

Compte tenu de ce questionnement de la loi, il convient de tenter de *donner aux jeunes des pistes pour comprendre pourquoi et comment l'on est passé d'une politique axée sur l'abstinence et sur le rappel de l'interdit à une approche plus pragmatique qui tient compte du nombre croissant de consommateurs, des risques sociaux et sanitaires encourus et enfin des différents comportements de consommation. L'usage occasionnel ou récréatif, l'usage nocif et la dépendance réclament des approches différentes.*

Les réponses apportées par l'institution judiciaire

La loi de 1970 pénalise l'usage des stupéfiants en stipulant que la peine encourue est d'**un an d'emprisonnement et de 3750 € d'amende** (article L 3421-1 du Code de la santé publique). Toutefois, la circulaire du 17 juin 1999 adressée aux procureurs de la République demande que l'usager ne soit plus incarcéré pour seul fait d'usage et que les préoccupations de santé publique soient privilégiées.

Il s'agit donc d'orienter l'usager, à tous les stades de la procédure, vers des dispositifs de prévention, d'éducation et de prise en charge sanitaire et sociale selon les difficultés qu'il rencontre. En d'autres termes, il convient d'aider les personnes interpellées à ne pas passer d'un usage occasionnel à un usage nocif, à arrêter ou diminuer leur consommation et à réduire les dommages sociaux et sanitaires liés à leur consommation, en les mettant en contact avec les structures éducatives, sanitaires et sociales.

Si la loi réprimant l'usage de stupéfiants a fait l'objet de nombreuses controverses sans jamais être modifiée, les dispositions réprimant le trafic ont été souvent réformées, dans le sens d'une aggravation des sanctions encourues par les trafiquants et d'un accroissement de l'efficacité des instruments de lutte.

Il convient de rappeler aux jeunes, sans ambiguïté, que les dispositions de la loi concernant le trafic sont appliquées dans toute leur rigueur. La revente (y compris de très faibles quantités) et le trafic tombent sous le coup de la loi et sont sévèrement réprimés.

A titre d'exemple, si l'on apprend qu'un usager interpellé est également dealer, on peut, dans un premier temps, le considérer principalement comme usager, c'est à dire comprendre où il en est de sa consommation, savoir si elle nécessite un accompagnement, une orientation, mais il n'est pas possible de tolérer l'existence d'un réseau de revente dans l'établissement scolaire qu'il fréquente.

En conséquence, pour éviter d'être pris de court face à la découverte de circulation de produits illicites dans un établissement scolaire ou une association, il convient d'avoir déterminé au préalable, une stratégie avec le Parquet chargé de la définition de la politique pénale ainsi qu'avec les services répressifs. Il convient également de faire connaître largement cette stratégie aussi bien aux jeunes qu'aux éducateurs.

A noter : des commissions de prévention de la délinquance et de lutte contre la drogue sont en cours de mise en place auprès des préfets de département.

Conduire sous l'influence de stupéfiants : ce que prévoit la loi

La loi du 3 février 2003 punit de deux ans de prison et 4 500 € d'amende toute personne conduisant ou ayant conduit sous influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants, la présence du produit ayant été révélée par analyse sanguine.

Si la personne se trouve également sous l'emprise de l'alcool, (au moins 0,5 g d'alcool par litre dans le sang), les peines sont portées à trois ans de prison et 9 000 € d'amende.

Le tribunal peut en outre décider d'infliger une interdiction de conduire un véhicule pendant une durée de cinq ans au plus, une suspension du permis de conduire pour une durée pouvant atteindre 3 ans, voire l'annulation du permis de conduire avec interdiction d'en solliciter un nouveau pendant 3 ans.

Cette sanction s'applique également à toute personne sous l'emprise de stupéfiants « accompagnant un élève conducteur ».

Des contrôles avec un dépistage d'usage de stupéfiants peuvent être réalisés par les gendarmes et les policiers après accident, infractions routières ou soupçon d'utilisation de stupéfiants.

Quelques définitions

Qu'est-ce que la « dépenalisation » ?

La « dépenalisation » signifie que la loi ne prévoit plus de sanctions pénales pour un comportement donné, ce qui n'exclut pas de maintenir l'interdit ou de prévoir des sanctions de type administratif. Par exemple, l'infraction de chèque sans provision a été dépenalisée en France, mais il est bien évident que le comportement reste interdit. Ce n'est plus le juge qui prononce les sanctions mais la Banque de France (interdiction bancaire). Autres exemples, en Italie, il y a eu « dépenalisation » de l'usage de stupéfiants : c'est une autorité administrative comparable aux Préfets qui prononce les sanctions ; en Espagne et au Portugal l'usage en public est objet de sanctions administratives.

En France, il est souvent évoqué une "dépenalisation de fait" étant donné que 9 usagers interpellés sur 10 ne font pas l'objet de poursuites pénales.

Qu'est-ce que la « légalisation » ?

La « légalisation » supprime l'interdit, ce qui oblige les pouvoirs publics à organiser la production et le commerce. Ce type de décision n'est pas du ressort des seuls états. La décision devrait être discutée dans le cadre des conventions internationales.

Un produit légalisé demeure soumis à réglementation. Par exemple, la vente d'alcool et de tabac aux mineurs de moins de 16 ans est interdite, comme il est interdit de fumer dans les lieux publics collectifs.

La France, signataire des conventions internationales

La France s'est engagée à appliquer les conventions internationales ratifiées en 1961. Aujourd'hui, en application de la convention de 1988, la quasi-totalité des pays européens sanctionne au moins indirectement la possession ou l'achat de drogue pour usage personnel.

Certains pays font des distinctions selon le produit et selon le contexte d'usage (dans un lieu public ou privé). La législation française ne fait pas ces distinctions.

5 - LE DEVELOPPEMENT PSYCHOAFFECTIF ET LES PRATIQUES DE CONSOMMATION A LA PREADOLESCENCE ET A L'ADOLESCENCE

A la pré-adolescence⁹, « les années collège »

Après le tumulte intérieur de la crise oedipienne, l'enfant peut pleinement développer sa découverte des autres, de ses semblables, du « social » donc, et investir le « culturel », les savoirs. C'est ainsi que cette période dite « de latence » correspond fort pertinemment au parcours scolaire du premier degré, au moins en bonne partie. Ainsi l'école va jouer un rôle considérable dans l'ouverture au monde, dans la socialisation, dans les apprentissages de base au cours de cette période qui est à cet égard la plus favorable. A la fin, l'enfant a acquis une remarquable autonomie et il sait bien se situer vis-à-vis des adultes et vis-à-vis de ses pairs avec lesquels il est capable de s'organiser dans des jeux à règles scrupuleusement posées.

L'enfant préadolescent, celui qui parvient à la dernière phase de cette période, *sait* que son temps dans l'enfance est compté : il a sous les yeux les transformations pubertaires de ceux qui sont à peine plus âgés et la date de l'entrée au collège devient d'actualité. Beaucoup continuent de profiter pleinement de l'enfance et ne sont pas perturbés par ces échéances proches. Mais certains s'en inquiètent, s'angoissent, ne se sentent « pas prêts », voudraient que l'enfance continue plus longtemps... tandis que d'autres piaffent, trouvent que cela ne vient pas assez vite et jouent aux petits « ados ». Ceux-ci se risquent à imiter les grands, à s'essayer à l'exploration de comportements interdits et initiatiques : fumer par exemple.

Pour l'essentiel, dans la mesure où ils ne sont pas victimes de problèmes dans leur développement psychoaffectif, c'est à dire si leurs besoins fondamentaux matériels et affectifs ont été satisfaits, ils restent confiants dans la parole de l'adulte et sont sensibles aux messages de prévention adaptés à leur âge. Il ne faut pas en tirer de conclusions naïvement optimistes : un groupe d'enfants de Cours Moyen résolument militant contre le tabac ou le cannabis ne signifie pas que tous resteront sur cette position quelques années plus tard... Plus important qu'un message préventif isolé est de permettre, tout au long de cette période de latence, que l'enfant développe une gestion de plus en plus autonome de son capital santé par des choix réfléchis et motivés à travers de multiples aspects de sa vie.

Un enfant qui va bien ne se met pas sciemment en risque. Les risques pris dans l'enfance sont ceux qui sont dus à la méconnaissance du risque ou à l'inaptitude à le mesurer. Ou bien, si le risque grave est pris en connaissance de cause, ce qui reste relativement rare, c'est qu'il s'agit probablement du symptôme d'une souffrance psychique ou d'un trouble de la personnalité auquel il faut rapidement se rendre attentif pour y porter remède. De petits essais transgressifs et à risque peuvent apparaître chez certains en fin de période par imitation des aînés, comme on l'a dit.

⁹ Texte rédigé par Michel DAMADE, psychiatre, Bordeaux

Au cours du processus adolescent

Les processus adolescents résultent de l'interaction de trois facteurs en mutation : le physique, le social et le psychique.

On peut tenter de situer divers problèmes de conduites adolescentes, notamment les prises de risques et les consommations de substances psychoactives, en se référant à une typologie à trois « strates » du processus adolescent, partant des situations les plus simples, « normales » et nombreuses, jusqu'aux plus complexes, graves et statistiquement plus rares. Nous présentons d'abord cette typologie à trois niveaux avant de décrire pour tenter de les comprendre les comportements de prises de risques et de consommations.

UNE TYPOLOGIE A TROIS NIVEAUX

1. Les « crises » banales, non pathologiques

Nous visons ici les adolescents « tout-venant », sans facteur de risque particulier.

Le terme même de « crise » doit être explicité pour ne pas prêter à confusion. Il convient de prendre ce mot dans un sens non pathologique. Ce n'est pas une maladie d'être adolescent. Mais il s'agit d'une période de passage de l'enfance à la vie adulte, aux enjeux très importants, et, comme pour tout passage lors de l'édification de la personnalité, il y a là occasion de tensions entre le stade antérieur à quitter et l'appropriation d'un stade nouveau attrayant et inconnu -donc quelque peu inquiétant. C'est en ce sens qu'il y a « crise », « normale », comme on parlait plus haut de la crise oedipienne.

On ne sera donc pas étonné qu'une telle conjoncture facilite des moments de *mal-être*, de doutes existentiels, de vulnérabilité lorsque les références et valeurs de l'enfance sont remises en question en attendant que chacun élabore son propre système de référence ; lorsque les transformations/pubertaires sont subies dans l'ambivalence posant la question de la normalité ou non ; lorsque l'appropriation du corps génitalisé amène aux premières expériences de relations amoureuses et érotiques...

Ainsi l'adolescent pris dans ces tensions va-t-il *se manifester* diversement alternant les replis narcissiques avec des élans altruistes et de conquête du monde. Il explore les limites, y compris les siennes, et joue avec, d'où des comportements ponctuels de transgressions et de prises de risques.

Les points d'appui

Sur ce parcours de plus en plus long et mal balisé dans nos sociétés occidentales, l'adolescent a besoin de deux points d'appui principaux :

- **Les pairs.** Les autres adolescents ont une fonction de support, de réassurance, d'étayage. Les expériences relationnelles et micro-sociales se déroulent entre pairs.
- **Les adultes.** Il s'agit d'adultes allant au-delà du couple parental, d'adultes-référents rencontrés dans l'environnement des jeunes. Les adultes de la communauté scolaire sont de tels adultes. Les adolescents ont besoin :
 - **de voir** ces adultes et de puiser en eux les éléments pour reconstituer un système de références et de valeurs.

- **d'être vus** par ces adultes, pour se sentir exister, conforter leur identité, se valoriser et se faire rappeler les limites. A défaut de se sentir exister aux yeux de l'adulte, ils risquent le « syndrome de la vitre transparente » pouvant évoluer vers leur disparition croissante (absentéisme, fugues, tentatives de suicide) ou vers un « noircissement » de la vitre, avec provocations et transgressions.

2. Les crises aggravées par des facteurs conjoncturels

Nous pensons ici aux mêmes adolescents « normaux » mais dont le parcours rencontre une difficulté supplémentaire : perte du groupe de pairs (déménagement...), rupture familiale, rejet de la part du groupe classe, altération de la santé, etc...

Un adolescent confronté à des difficultés de ce type peut éprouver de la *souffrance psychique*. Cela va se traduire par *des signes, des signaux d'alarme*.

Ces signes ne sont pas en première intention sous forme de demande verbale de type adulte mais essentiellement *comportementaux*.

Ces signaux, l'adolescent n'est pas toujours conscient qu'il les émet.

Le processus adolescent vise à l'autonomie et censure les retours aux positions infantiles. Demander explicitement de l'aide à un adulte peut passer pour contraire à la dynamique adolescente, une honte, une tare. Les comportements, notamment les modifications notables de comportement, sont cependant des signes de cette souffrance psychique. Une prise en compte attentive s'avère nécessaire. Elle suppose une perception des signaux, l'ouverture d'un dialogue (comprendre, soutenir, rappeler les limites), une concertation adaptée dans l'établissement et avec les parents auquel s'ajoute dans certains cas sévères le recours à des personnes ressources.

3. Les crises à facteurs structurels

Ces situations sont heureusement les moins nombreuses. Les troubles structurels visés ici sont ceux qui ont pu affecter durablement la structure de la personnalité du sujet, parfois dès la première enfance, sans que cela ait toujours été perçu antérieurement. La période adolescente est propice à la révélation de ces fragilités structurelles ou à leur aggravation. Ces adolescents révèlent ces troubles par des **symptômes** :

- **symptômes névrotiques** : diverses formes d'hystérie, névrose d'angoisse, phobies, notamment la délicate phobie scolaire, ... ;
- **symptômes psychotiques** : diverses formes de distorsion dans le contact avec la réalité : interprétations paranoïaques, délires, hallucinations, dépersonnalisation... soit d'installation progressive, soit brutale ;
- **troubles des conduites ou « conduites-symptômes »** : On peut les classer selon que la violence qui s'y manifeste est principalement tournée vers l'extérieur ou vers le sujet lui-même en *conduites délinquantes ou anti-sociales* et en *conduites de risque*. Toutes ces conduites sont marquées par un caractère répétitif, inscrit dans la durée, par une relative différenciation selon le sexe (avec un côté plus violent, plus radical et plus transgressif chez le garçon) et par le fait qu'elles sont peu ou pas sensibles aux dialogues décrits dans les cas précédents.

Ici le premier objectif, dès que les concertations nécessaires permettent de penser que l'on est dans de tels cas, est de tout mettre en œuvre, notamment avec les parents, pour que soit assuré, aussitôt que possible, un accès aux soins adaptés.

...POUR SITUER PRISES DE RISQUES ET CONDUITES DE CONSOMMATION

1- Chez l'adolescent sans problème particulier

Deux séries de facteurs influent sur les prises de risques chez l'adolescent et les pratiques de consommation :

- l'exploration des limites, l'appropriation du monde en multipliant les expériences nouvelles, vécues comme initiatiques, tendances propres à cet âge et non pathologiques *a priori*
- l'influence importante des pairs, elle aussi très caractéristique de cet âge.

On verra donc ces adolescents prendre un certain nombre de risques limités et volontiers liés aux normes de leur groupe d'appartenance : par exemple, commencer à fumer du tabac, rouler occasionnellement en scooter sans casque ou en prenant tel sens interdit, consommer en groupe, de façon « récréative » des quantités abusives d'alcool ou des substances illicites : cannabis, ecstasy...

Il s'agit donc, au départ, de pratiques initiatiques et intégratives. Elles ne signalent pas une problématique sous-jacente alarmante chez ces adolescents. Elles sont, en principe, réversibles et sont à comprendre comme des manifestations du processus adolescent « normal ». Mais elles n'en demeurent pas moins porteuses des risques inhérents à ces divers comportements et peuvent aussi devenir des habitudes dont il est difficile de sortir. Elles requièrent des réponses de type éducatif et non pas médico-psychologique.

2- Chez l'adolescent transitoirement en souffrance psychique

Ici, deux autres facteurs sont à prendre en compte pour comprendre prises de risques et consommations :

- les comportements inquiétants sont des *signaux* d'alerte voire d'appel, à défaut d'une aptitude à demander explicitement de l'aide ;
- les consommations de substances psychoactives sont utilisées comme *automédication*, comme moyen de gestion de la souffrance psychique.

Même si elles ont été initialisées en groupe comme décrit dans le cas précédent, ces pratiques ont alors tendance à devenir aussi et de plus en plus solitaires, à se répéter, à devenir un besoin. A défaut d'une aide adaptée pour résoudre le problème transitoire sous-jacent, un adolescent pris dans une telle problématique peut s'exposer à des risques sévères et s'installer dans des comportements durables.

3- Chez l'adolescent à problèmes structurels

On l'a dit, divers dysfonctionnements à racines multiples et souvent anciennes peuvent affecter la personnalité de l'adolescent et apparaître en particulier dans la phase terminale de l'adolescence sous forme de **conduites** pathologiques. Elles sont répétitives, inscrites dans la longue durée, peu sensibles aux efforts de l'entourage, y compris des pairs. Elles traduisent la faillite du sujet à entrer dans une vie d'adulte génitalisé et autonome.

Certaines de ces conduites sont visiblement structurées autour même de la prise de risques, comme si seule une vie exposée au risque mortel était vivable (conduites ordaliques). Elles concernent volontiers les consommations : alimentation (anorexie, boulimie, surtout chez les filles) ou les substances psychoactives (toxicomanies sévères, plus fréquentes chez les garçons). C'est donc dans ces cas que l'on rencontrera le plus les **conduites addictives**, marquées par la dépendance et notamment la dépendance psychique. Ici, le sujet a *perdu sa liberté* par rapport au produit, la relation

à celui-ci étant sous l'emprise du besoin. Les injonctions pour qu'il arrête, ses propres essais pour le faire sont généralement marqués par l'échec. Il faudra le plus souvent un long cheminement et des aides spécialisées pour « en sortir ».

LES ANNEES « LYCEE »¹⁰

Dans les années lycée, les enjeux dominants en début de puberté s'estompent, et en particulier tout ce qui a trait aux changements corporels et à la mise en place d'un corps d'adulte capable de reproduction. Ces changements avaient entraîné tout un cortège de conséquences qui ont marqué les années collège : une nouvelle image de soi à accepter et à intégrer ; le regard des autres vécu comme intrusif, moqueur, ou séducteur selon les cas ; un nouveau rapport aux parents et plus généralement aux adultes, une nouvelle appréciation de la société et du monde.

Passé le cap de la classe de seconde, d'autres questions occupent le devant de la scène avec un impact fréquent sur la vie personnelle et scolaire.

En premier lieu relevons **les questions relatives à l'identité**.

Tout d'abord le fameux « qui suis-je ? ». Il faudra encore un certain nombre d'années pour préciser les contours d'une identité personnelle qui paraît bien longue à définir. Dans l'intervalle il faut supporter l'incertitude, les hésitations et les détours. Beaucoup ont recours durant cette période à des identités provisoires leur permettant d'attendre. D'autres, moins nombreux, adopteront comme certaines des identités leur permettant de clôturer l'attente : ils peuvent alors adopter par exemple celles de toxicomane, de décrocheur, de pitre...

Ensuite, dominant à cet âge, la question de l'identité sexuelle occupe les fantasmes, les rêves ou les cauchemars. Elle organise bon nombre de conduites et d'expériences relationnelles, de doutes et d'inquiétudes, de replis ou de passages à l'acte, mais aussi d'envies de comprendre grâce à des médiations culturelles à travers les témoignages de la littérature, du cinéma, de la musique.

Suis-je un homme ou une femme ? Suis-je plus attiré par le même sexe ou l'autre sexe ? Tous les adolescents à un moment ou un autre de leur développement se posent cette question. Là encore, certains pourront être tentés de l'écarter en la mettant à distance derrière des actes qui seraient censés apporter la réponse attendue, ou des consommations qui conduisent à une auto satisfaction écartant du même coup le besoin de l'autre.

Ou encore l'identité sociale, largement indéterminée chez la plupart des lycéens, en dehors de ceux habités par une vocation, ou inscrits dans la continuité des trajectoires de vie de leurs ascendants. Les questions d'orientation et de projets professionnels interviennent souvent à un âge où les hypothèses d'avenir demeurent encore largement ouvertes dans les esprits, alors que les possibles se réduisent dans la réalité. D'où certains découragements ou sentiments de ne pouvoir réaliser ses choix de vie qui conduisent certains jeunes vers des impasses telles que des conduites addictives leur permettant à court terme d'éviter d'être confrontés à ces difficultés.

Ces questions constituent la toile de fond à cet âge, et elles sont tout autant sources de rêve et d'espoirs que de doutes et de désespoirs. Chez chacun, elles poussent à préciser ce qui le fait ressembler aux autres, comme ce qui l'en différencie.

¹⁰ Texte rédigé par Patrice HUERRE, psychiatre, Clinique Georges Heuyer, Paris

D'où l'importance dans le groupe générationnel des « petites différences » dans les vêtements, les goûts, les apparences corporelles et autres marques visibles, qui signent la particularité individuelle dans un ensemble par ailleurs d'allure conformiste.

Mais il s'agit aussi à cet âge de **se différencier** de la génération précédente, en particulier de ses parents, et de la suivante, l'enfance. Comment se débarrasser de l'enfant que l'on était sans perdre l'infantile en soi. Comment retrouver et garder intactes des sources de satisfaction archaïques tout en aspirant à être reconnu comme un jeune adulte ? Bon nombre de satisfactions « orales » procurées par l'usage du tabac, de l'alcool, comme d'autres produits, tenteront transitoirement ou durablement chez certains, de répondre à ces questions.

L'autre grand enjeu à l'époque du lycée est celui de **l'autonomisation** et de l'aspiration à une indépendance qui, sous forme matérielle, cache évidemment celle relative à une autonomie psychique et affective.

Il faudra souvent longtemps en fin d'adolescence pour différencier les termes « séparation » et « rupture ». Entre le maintien d'une relation étroite durable avec les parents, même si elle est conflictuelle, et la tentation de la rupture au prix parfois de la fugue, ou de la marginalisation, se situe la zone du jeu relationnel complexe à cet âge.

L'opération consistant à prendre ses distances dans tous les domaines prend du temps, ce qui est souvent difficilement accepté par les adolescents. Ils préfèrent, à chaque fois que possible, la satisfaction rapide de leurs attentes. Là encore, le recours à des substances remplit cette mission, quitte à remettre à plus tard l'évaluation du prix à payer.

Par ailleurs il est d'autant plus facile de prendre ses distances que l'on n'a pas le sentiment pour autant de trop risquer de perdre ses bases : c'est dire l'importance du stock de confiance en soi dont on dispose alors, autrement dit de la solidité et de la fiabilité des assises narcissiques constituées dès les premiers temps de la vie. Et l'on voit bien tous les jours dans la pratique combien elles peuvent être différentes d'une personne à l'autre. Pour certains les traversées difficiles n'ébranlent pas trop la confiance qu'ils ont dans leur capacité à s'en sortir, tandis que pour d'autres elles mettent en péril les fondements de leur personne et les poussent à des actes de sauvegarde immédiate.

Il est possible de dire en outre que, plus un jeune se trouve dépendant d'un adulte, parents comme professionnels, moins il le supporte et plus il cherchera à s'en dégager, y compris par l'évitement (pouvant occasionner un absentéisme par exemple) ou la recherche d'un conflit (pouvant conduire à des sanctions disciplinaires par exemple). Avoir besoin de l'adulte est souvent insupportable alors, au point que l'on peut dire que plus un adolescent investit un adulte, plus il peut être tenté de mettre à mal la relation avec lui.

C'est pourquoi, contrairement à ce que nous pouvons penser de manière habituelle, les adolescents provocateurs ou insupportables peuvent être considérés comme ceux qui investissent le plus la relation avec les adultes qu'ils mettent en difficulté.

Pour devenir indépendant, aspiration souvent proclamée en famille comme ailleurs à cet âge, outre la qualité et l'intensité des relations aux adultes qui comptent, il faut aussi bien évidemment évaluer l'impact que cette indépendance pourrait avoir sur ces adultes. Certains parents en effet demandent explicitement à leur enfant de s'autonomiser et dans le même temps ne le supporteraient pas si cela se réalisait. Ils seraient alors renvoyés à eux-mêmes, à leur place d'adultes, d'homme ou de femme, de mari ou d'épouse, ne pouvant plus prendre appui sur un rôle parental comme avant. Certains jeunes se dévouent d'ailleurs à cette cause, craignant pour leurs parents si jamais ils les laissaient seuls. L'envie de voir un enfant devenir adulte ainsi que la capacité de le supporter sont directement mises à l'épreuve.

Mais il faut voir que, **au-delà de ces enjeux actuels, d'autres plus anciens sont réactivés** : c'est le cas par exemple des traces, dans la mémoire profonde, des premières expériences de séparation qui ont pu marquer l'histoire des parents et de l'enfant. Ainsi un accouchement inquiétant ou traumatique, des difficultés marquées lors de l'entrée en crèche et/ou en maternelle, des placements ou des séparations difficiles à vivre...

Ces expériences, à défaut d'avoir été élaborées, rendent l'autonomisation en fin d'adolescence d'autant plus difficile, alors même qu'objectivement il n'y aurait pas de raison pour cela à présent.

Là encore il y a un risque plus grand de glisser d'une dépendance aux parents à une autre forme de dépendance qui pourra apparaître comme indépendance : « je ne dépends plus de vous, mes parents ; quant aux produits que vous me reprochez de consommer, je n'en suis pas dépendant. Je peux m'en séparer quand je veux ».

Ce mouvement répond par ailleurs à l'intérêt très grand à l'adolescence de quitter une position passive pour une active, même si elle est illusoire.

S'ajoutent à toutes ces raisons celles relevant **des effets de groupe**. Il est souvent bien difficile à cet âge de s'émanciper de l'appréciation des camarades, surtout lorsque l'on a acquis une certaine image, une réputation, qui sert de refuge et de prothèse identitaire. Il n'est pas simple de soutenir que l'on a changé sa manière de voir, d'agir, et d'être. En effet cela remet les autres en question et souligne a contrario leur immobilité. Sur un plan groupal, les réactions défensives peuvent alors être vives.

La tentation du recours à des substances psychoactives, comme leur usage, trouve donc ses raisons d'être autant dans l'actualité des questions adolescentes et des doutes identitaires que dans l'histoire du jeune et de ses parents. **La scène scolaire est le lieu où tous ces enjeux se manifestent, se réactivent, se résolvent ou se figent.**

Pour certains cela reste au stade de la tentation ou devient un recours transitoire, le temps de conforter d'autres modes de relations à soi et au monde.

Pour d'autres, les fragilités personnelles qui sont les leurs trouvent une réponse artificielle, apaisante à bon compte, à condition d'entrer dans un système de dépendance aux produits. Pour d'autres encore, minoritaires, l'usage de drogues cherche à colmater des brèches et une psycho pathologie, avec le risque d'en différer la prise en charge.

Dans tous les cas, l'expérience montre combien l'usage, lorsqu'il est régulier, occasionne des effets problématiques sur la motivation, l'investissement des apprentissages, les capacités de concentration et de mémorisation. Les signes visibles bien connus à présent prennent donc souvent la forme d'une baisse du rendement scolaire et des résultats, ainsi que de l'attention voire de la présence physique.

Solution « économique » à court terme pour les adolescents, en particulier les plus fragiles, la consommation de produits psychoactifs trouve là ses raisons d'être, autant que le danger qu'elles représentent. À nous, les professionnels, de mieux la repérer, pour, en en comprenant mieux les raisons, ouvrir aux adolescents dont on a la charge, des potentialités évolutives ouvertes sans entretenir l'illusion qu'il serait possible de grandir et de devenir adulte en faisant l'économie de la rencontre avec des questions dont la résolution prend du temps et ne peut que partiellement emprunter aux réponses trouvées par la génération précédente

ROLE DES PARENTS

En matière d'éducation à la santé et de prévention des conduites à risques, les parents occupent ou devraient occuper une place de premier plan.

D'abord parce que depuis la naissance de leur enfant, la qualité des liens affectifs, la satisfaction de ses besoins fondamentaux, la fonction de reconnaissance, de sécurisation et de valorisation de l'enfant, créent les conditions de base d'un développement psychoaffectif propice à un comportement équilibré. De même l'action éducative des parents, à travers leur capacité à poser des repères structurants, à aider leur enfant à différer ses satisfactions, à développer des attitudes de prise en charge de sa santé globale, crée des aptitudes fondamentales à une prise en charge saine de soi-même.

D'autre part, les parents peuvent se saisir de multiples occasions de la vie familiale pour dialoguer avec leurs enfants sur divers sujets de société et de santé, y compris pour aborder les délicates questions relatives à la consommation de substances psychoactives.

Toute action d'éducation à la santé, de prévention ou d'information sur les usages de substances psychoactives ne peut donc se mener en milieu scolaire sans tenir compte de la place des parents. La vie de l'enfant et de l'adolescent est organisée selon différents espaces : l'espace scolaire et l'espace familial sont deux d'entre eux. Il est important qu'ils restent distincts. Les actions de l'école ne sont pas celles des parents et inversement. Mais il importe aussi qu'ils ne soient pas incohérents et que l'action éducative entreprise dans l'un soit renforcée dans l'autre. Ainsi, une action d'éducation à la santé menée à l'école sera notablement plus efficace si un certain nombre de savoirs et d'attitudes se trouvent repris et mis en pratique à la maison.

Dans cet esprit, outre le fait d'associer les parents à la politique de l'établissement en matière de prévention et d'éducation à la santé dans les instances auxquelles participent leurs représentants, il importe *a minima*:

- d'informer tous les parents des actions d'éducation à la santé et de prévention qui vont se mener dans l'établissement scolaire, avec toutes précisions utiles sur les méthodes et les contenus ;
- de leur fournir des éléments qui pourraient renforcer leurs compétences en matière d'éducation à la santé pour leurs enfants (conférences-débats, en liaison avec les associations de parents, documentation, indication des lieux et structures ressources, etc...). Le CESC peut largement y contribuer .

En outre, on aura le souci de soutenir et d'orienter au besoin vers des personnes ressources les parents qui présenteraient des difficultés dans leur rôle éducatif et préventif avec leur enfant ou leur adolescent.

6 - RESSOURCES - POINTS D'APPUI

6.1. RESSOURCES DES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES

Au sein d'un établissement scolaire, l'ensemble des personnels est pleinement engagé dans la démarche de prévention et d'éducation. Quelle que soit sa fonction, tout adulte de la communauté éducative est impliqué dans cette responsabilité collégiale, respectant la compétence de chacun, mais nécessitant collaboration et solidarité en associant les différents partenaires et les réseaux de proximité.

Les membres des équipes éducatives -personnels de direction, d'éducation, d'enseignement, de surveillance, techniques, ouvriers et de service- doivent porter une attention particulière aux conditions de vie et de travail de chacun au sein de l'établissement, dans un esprit de vigilance, de respect, de disponibilité des adultes vis à vis des élèves. Une attention particulière sera portée aux élèves présentant des signes susceptibles de traduire des problèmes de mal-être. Cette attention s'accompagne, pour les élèves, de la possibilité de rencontrer individuellement des personnels spécialisés -assistants de service social, médecins et infirmiers, conseillers d'orientation psychologues (COP), psychologues scolaires et membres des Réseaux d'Aide et de Soutien aux Elèves en Difficulté (RASED)-. C'est dans cette relation d'aide que peut être proposée une orientation adaptée vers les structures spécialisées et, autant que faire se peut, en étroite collaboration avec les familles.

Les actions collectives peuvent aussi être proposées ou initiées par ces personnels à partir de leur connaissance des besoins et attentes des élèves et de leurs compétences respectives dans le domaine de la prévention, de l'éducation à la santé et à la citoyenneté.

6.2. RESSOURCES INSTITUTIONNELLES, ASSOCIATIVES ET RÉSEAUX DE SOINS

Où s'informer, se documenter ?

De nombreuses ressources sont accessibles pour prévenir et informer sur l'usage de substances psychoactives. Dans un premier temps, doivent être mentionnées **les institutions** œuvrant dans le domaine des pratiques addictives dont les sites internet constituent une bonne source d'informations :

- La **MILDT** (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie ; www.drogues.gouv.fr). Placée sous l'autorité du Premier ministre, elle anime et coordonne l'action des ministères concernés par la lutte contre la drogue et la prévention des dépendances, notamment dans le domaine de la prévention, de la prise en charge sanitaire et sociale, de la répression, de la formation, de la communication de la recherche et de la coopération internationale. Son site constitue une ressource documentaire pour le public et les professionnels.

- L'**OFDT** (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies ; www.ofdt.fr) est un GIP (Groupement d'Intérêt Public) financé par la MILDt. Il est chargé de la veille et de l'amélioration des indicateurs, de la surveillance des tendances, de l'évaluation des politiques publiques, de l'expertise et de la diffusion et de la valorisation des données et des connaissances dans le domaine des drogues et des toxicomanies.
- Le **ministère des solidarités, de la santé et de la famille** avec, en particulier, la DGS (Direction Générale de la Santé) qui est chargée de la politique générale de santé publique, et ses services déconcentrés (DDASS, DRASS) (www.sante.gouv.fr, rubrique Toxicomanies et pratiques addictives). Il élabore et met en œuvre des programmes dans le domaine notamment des conduites addictives.
- L'**INPES** (Institut National de Prévention et d'Education à la Santé ; www.inpes.sante.fr) placé sous sa tutelle, exerce une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ; assure le développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, sur l'ensemble du territoire, en tant que missions de service public ; met en œuvre les programmes nationaux prioritaires de prévention. Par ailleurs, il anime le réseau national des comités départementaux et régionaux qui mènent des actions d'éducation pour la santé.

Dans un second temps, la documentation peut être consultée notamment dans :

- les **CIRDD** (Centres d'Information régionaux sur les Drogues et les Dépendances) sont des centres de ressources mis en place progressivement, à compter de janvier 2005, dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. Implantés dans les principales métropoles universitaires, ils seront organisés autour de trois fonctions essentielles :
 - documentation-information,
 - observation,
 - formation-conseil méthodologique.

Ouverts à tous les professionnels, les CIRDD ont pour mission de promouvoir les connaissances, la politique gouvernementale dans les domaines de la prévention, du respect de la loi et du soin, les méthodes d'intervention dans le domaine des addictions.

Dès leur labellisation par la MILDT, leurs données sont accessibles sur une adresse internet qui se décline comme suit : www.cirdd suivi du nom de la région.fr

- les **comités d'éducation pour la santé**. Les CRES (Comités Régionaux d'Education pour la Santé) et les CODES (Comités Départementaux d'Education pour la Santé) sont des structures associatives qui interviennent dans le domaine de l'éducation pour la santé. Chaque structure est indépendante. Depuis la création de l'INPES, les comités de sont rassemblés en fédération : FNES (Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé). Ils agissent activement pour la prévention en mettant à disposition de la documentation. De plus, ils entendent faciliter la mise en place des programmes d'éducation à la santé dans les établissements primaires et secondaires en proposant trois types de services aux professionnels de l'éducation : le conseil méthodologique, la production et la mise à disposition d'outils pédagogiques et la formation. Les coordonnées de ces structures figurent dans la rubrique Espace réseau du site de l'INPES (www.inpes.sante.fr).
- Les **CDPA** (Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme) constituent des lieux ressources et proposent des actions d'information, de prévention, la formation de groupes relais, l'écoute... Ils organisent notamment des actions de prévention et de sensibilisation aux risques liés à une consommation excessive d'alcool. Ils sont rattachés à l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie) sur le site de laquelle on trouve les coordonnées des CDPA (www.anpaa.asso.org).

Cette liste des intervenants institutionnels et associatifs ne saurait être exhaustive sachant que dans le cadre des PRSP (Plans Régionaux de Santé Publique) d'autres acteurs peuvent être mobilisés localement. C'est pourquoi il convient de s'adresser aux DRASS pour connaître les acteurs locaux impliqués dans la lutte contre les drogues et les toxicomanies.

L'ensemble des coordonnées de ces centres de documentation et des autres structures d'information ou de prévention figure également dans la rubrique adresses utiles sur le site Internet de la MILDT.

Les lieux d'accueil pour parler, se faire aider, trouver des soins

Parmi les lieux d'accueil figurent des lieux qui sont avant tout faits pour *parler et se faire aider* :

- Les **Consultations « jeunes consommateurs »** : anonymes et gratuites, ces consultations sont destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et à leur famille. Elles proposent aux jeunes d'évaluer avec eux éventuellement leur consommation et de les aider si besoin en facilitant l'accès à des professionnels. Près de 250 consultations sont ouvertes en France à ce jour.
- Les **Points Ecoute Jeunes** : ce sont des lieux d'accueil, d'écoute et de parole qui s'adressent aux jeunes les plus en difficulté. Ils ont pour objectif la prévention des conduites à risques, notamment l'usage des substances psychoactives et la prévention des conduites addictives.
- Les **Points Ecoute Parents** : ils accueillent et soutiennent les familles confrontées aux conduites à risques des adolescents. Dans le cadre d'entretiens individuels, ou de groupes de paroles, ils cherchent à arrêter la détérioration des relations, et à rétablir la communication familiale parents/enfants.

Par ailleurs, il existe des *lignes téléphoniques* :

- **DATIS** (Drogue Alcool Tabac Info Service) est un GIP financé par la MILDT qui met à disposition différents numéros de téléphone permettant de trouver écoute, soutien et conseils liés aux usages :
 - **Drogues Info Service** au 0800 23 13 13, 7 jours sur 7 (appel gratuit depuis un poste fixe) ou au 01 70 23 13 13 depuis un portable (coût d'une communication ordinaire).
 - **Ecoute alcool** au 0811 91 30 30, 7 jours sur 7 (coût d'une communication locale depuis un poste fixe)
 - **Ecoute Cannabis** au 0811 91 20 20 de 8h à 20h (coût d'une communication locale depuis un poste fixe).

Ces numéros sont ouverts aussi bien au public qu'aux professionnels qui permet, entre autres, d'acquérir une information sur les produits, les effets, les risques, la loi, les lieux d'accueil et de soins et d'être orienté vers les organismes compétents dans le domaine de la prévention, des soins, de l'insertion et de la réduction des risques.

- **Fil santé jeunes** au 0800 235 236 de 8h à minuit tous les jours (numéro gratuit).
- **Tabac info service (TIS)** géré par l'INPES) au 0825 309 310 de 8h à 20 h du lundi au samedi (0,15€ par minute)

Il est également possible de s'adresser au *dispositif généraliste* de soins. Ainsi un contact auprès d'un médecin généraliste, d'un spécialiste ou d'un professionnel de santé (infirmière, psychologue, pharmacien...) peut aider à trouver des soins adaptés. De même dans les hôpitaux, les centres de santé, les centres médico-psychologiques, des conseils et des soins peuvent être donnés à tous ceux qui en font la demande.

Enfin de nombreux *dispositifs spécialisés* existent sur l'ensemble du territoire et proposent d'accompagner, de soigner le consommateur et, éventuellement, son entourage :

- Les **Consultations cannabis** : destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et à leur famille afin de permettre une meilleure évaluation de la situation des jeunes consommateurs et de les aider en facilitant l'accès à des professionnels.
- Les **CSST** (Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes).
- Les **CCAA** (Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie).
- Les unités d'accueil en alcoologie.
- Les consultations en tabacologie dont les adresses sont disponibles auprès de TIS).
- Les réseaux thématiques.

Toutes les coordonnées des structures de soins sont disponibles en appelant DATIS ou sur le site de la MILDT, rubrique adresses utiles.

II – LES SEANCES

2.1. ORGANISATION DES SÉANCES

Ces séances doivent s'intégrer dans une politique claire de prévention, définie au niveau académique, relayée au niveau des établissements scolaires dans le cadre du projet d'école ou d'établissement. Elles seront conduites soit par des membres de l'équipe éducative, soit avec la collaboration de partenaires extérieurs, reconnus pour leur compétence.

Le chef d'établissement ou le directeur d'école par son rôle spécifique, permet de réunir les conditions favorables au déroulement d'une politique de prévention : c'est à lui en effet d'instaurer le climat de communication et de confiance nécessaire à la cohésion des équipes éducatives et à l'implication des parents.

Les parents, partenaires naturels associés à la démarche, doivent, pour ce faire, bénéficier d'une information, non seulement sur l'action elle-même, mais aussi sur les éléments qui conduisent la réflexion : réalité des consommations, évolution psychologique des adolescents, principes de prévention, etc...

La présentation de la politique de prévention en conseil d'école ou d'établissement, instance réunissant les partenaires de la communauté éducative, annoncera la mise en place, conformément à la loi, de ces séances dans l'emploi du temps des élèves, et leur réalisation au cours de l'année, dans le cadre plus large de l'éducation à la santé et de l'éducation à la citoyenneté.

Le chef d'établissement ou le directeur d'école, par sa connaissance des équipes pédagogiques, éducatives, de santé et sociales, repère les « personnes-ressources » de l'institution et identifie les ressources extérieures éventuellement nécessaires pour l'organisation de ces séances.

Il informe régulièrement tous les membres de la communauté éducative sur le déroulement de ces actions.

Les intervenants

Qu'ils soient personnels de l'Education nationale et/ou intervenants extérieurs, les intervenants doivent construire leur intervention en respectant les axes nécessaires à la mise en place d'une véritable démarche de prévention :

- Partir des représentations, des connaissances, des demandes des élèves doit être le fondement même de toute séance. Les besoins réels sont ainsi pris en compte. Associés à l'élaboration de la réflexion, les élèves eux-mêmes permettront la diffusion de l'information qu'ils se seront appropriés : ce qui se dit, ce qui se croit chez les enfants et les adolescents à propos des substances psychoactives, leurs effets et leur consommation, est bien souvent loin de la réalité : ne pas en tenir compte est un écueil qu'il convient d'éviter, pour donner des informations fiables.
- Apporter des connaissances scientifiquement validées en appui aux enseignements est nécessaire. Ce savoir validé qui manque parfois, y compris dans ses apparentes contradictions, participe à la banalisation des consommations : il est d'autant plus important d'apporter ici toutes les informations nécessaires, que ce soit sur les effets des produits ou sur les lois qui en régissent la circulation.

- Permettre de développer chez les élèves les compétences nécessaires pour adopter des comportements favorables à leur santé complète la démarche d'information qui, à elle seule, ne suffit pas. Liberté de choix, estime de soi, solidarité sont les compétences psychosociales nécessaires à chacun pour intégrer personnellement une attitude de prévention face aux consommations de produits psychoactifs.

Ainsi, l'intervenant, loin de se contenter de transmettre des informations, autorise la parole sur les ressentis et les comportements : il devra donc être attentif aux propos échangés dans le groupe, aux éventuelles réactions d'inquiétude et de souffrance ; il doit aussi être conscient de la place qui est la sienne face aux élèves, dans ce qu'elle peut demander parfois d'implication plus ou moins personnelle. C'est pourquoi est proposée une charte, qui précise les conditions d'intervention face à un groupe d'élèves, charte qui apporte le cadre déontologique et éthique à respecter dans toute action de prévention.

Il conviendra par ailleurs d'être attentif à certaines demandes émanant parfois des élèves eux-mêmes, sensibles à des témoignages « d'expériences de vie », d'anciens toxicomanes par exemple, qui seraient « ceux qui savent de quoi ils parlent ». En effet, ces récits, souvent porteurs de souffrances, se situent dans le registre de l'émotion ou de la fascination et ne permettent pas la mise à distance favorisant la réflexion.

Si ce mode d'intervention est malgré tout choisi, il doit être soigneusement préparé avant la séance avec celui qui vient témoigner et l'intervenant doit être présent pendant son passage devant le groupe classe pour éviter les effets parfois inattendus et déstabilisants de ce genre de témoignage.

L'étude des programmes de prévention réalisés dans différents pays met en évidence les caractéristiques d'une action de prévention efficace : les principales sont présentées en annexe à ce document.

Les moyens de l'intervention

Permettre l'expression des élèves, les conduire à une prise de conscience de situations problématiques, les aider à construire des comportements responsables nécessitent l'emploi de méthodes participatives spécifiques à l'éducation à la santé.

Quelques moyens concrets sont évoqués dans le déroulement des séances : ces « outils » d'animation ne sont utiles que s'ils sont utilisés librement par l'intervenant qui doit choisir lui-même celui qui convient à sa manière d'intervenir.

Cependant, quel que soit le moyen utilisé, il existe quelques recommandations communes à leur utilisation.

Savoir utiliser un outil, c'est non seulement en connaître les exigences et les possibilités, mais aussi et surtout l'utiliser au service d'une démarche pédagogique. Il est donc nécessaire de choisir l'outil avec méthode pour en évaluer les avantages et les inconvénients.

Dans cet ordre d'idées, il convient :

- d'avoir une définition claire des objectifs recherchés : quelles connaissances, quels savoir-faire cherche-t-on à développer ?
- de connaître le public destinataire du message de prévention : a-t-il déjà des connaissances sur le sujet, des compétences pour les exprimer ?
- de formuler clairement le message qui doit être passé : les informations sont-elles claires et bien identifiées ?

- de faire l'inventaire des ressources disponibles : matérielles, financières, humaines.
- d'apprécier l'impact de la méthode choisie : l'outil utilisé a-t-il permis de faire passer le message ?

Ainsi sera plus facilement évité l'écueil consistant à penser que l'utilisation de l'outil à elle seule permet la transmission du message de prévention, ce qui, par là-même, supprime toute démarche d'éducation à la santé.

La préparation de l'intervention

Quelques principes simples lors de l'élaboration de l'action permettent d'éviter des difficultés lors de la rencontre avec les élèves.

- Il est nécessaire de prévoir, avant même l'intervention, une évaluation (cf. page 66).
Si cette évaluation ne peut, à court terme, apprécier les changements de comportements des élèves face aux consommations de produits psycho-actifs, il est important de se donner les moyens d'apprécier un certain nombre de points qui peuvent rendre compte de la façon dont l'action a été perçue par les élèves, et par là même, prévoir les adaptations éventuellement nécessaires.
Ainsi peut-on évaluer :
 - le travail en partenariat et l'articulation entre les différentes structures participant à la mise en place du projet ;
 - le ressenti des intervenants : sont-ils satisfaits de ce qu'ils ont mis en place, de la participation des élèves, du fonctionnement de l'équipe, etc.. ;
 - les moyens utilisés (outils de communication, etc.), éléments matériels qui doivent être soigneusement préparés avant le début des séances pour ne pas perturber la mise en route de l'action ;
 - les effets perçus -attendus, inattendus-, voire « périphériques » à l'action : élèves attentifs et participatifs, ou sur la réserve, demandes d'informations supplémentaires, demande émanant d'autres classes, intérêt manifesté par des adultes de l'établissement ne participant pas au projet, évolution éventuelle du climat de la classe, de l'établissement, voire de l'environnement proche de l'établissement, etc...
- Avant l'intervention devant les élèves, il est indispensable que les intervenants, qu'ils soient de l'Education Nationale ou partenaires extérieurs, se rencontrent et précisent non seulement le rôle de chacun mais aussi le contenu des informations ou réflexions transmises : il est souhaitable d'éviter de laisser apparaître des divergences d'opinion devant les élèves.
- L'articulation entre les enseignements et la vie scolaire sera abordée à cette occasion en soulignant la cohérence de la démarche de prévention.

Le déroulement de l'intervention

L'évolution de la réflexion, élaborée par les élèves eux-mêmes, guidés par les intervenants, se fait suivant une approche progressive qui nécessite plusieurs paliers pour respecter l'appropriation de comportements favorables à leur santé. Si cette progression est nécessaire et se décline par « étapes », plusieurs « étapes » peuvent être faites au cours d'une même séance : l'intervenant, en

connaissant le niveau de réflexion de la classe, l'existence ou non de projets déjà réalisés, adaptera ainsi la progression conformément à ce qu'il pourra observer de l'implication des élèves.

A souligner :

L'intervenant n'est pas tenu d'avoir réponse à toutes les questions posées au moment de la séance. S'il ne l'a pas, il peut très simplement indiquer qu'il apportera une réponse après une recherche complémentaire d'informations.

L'intervenant peut aussi être amené à faire prendre conscience aux élèves qu'il n'existe pas de réponse définitive et simple à certaines questions : en particulier en matière de comportements de consommation, la réponse binaire « c'est bien, c'est mal » que sous-tend un jugement de valeur n'est pas une aide à la construction de la réflexion.

2.2. CHARTE D'INTERVENTION

Elle définit les principes éthiques et les modalités spécifiques d'intervention en milieu scolaire.

Les acteurs de prévention, qu'ils oeuvrent dans le domaine associatif, institutionnel (ministères de la Santé, Justice, Jeunesse et sports, Education nationale, Défense, Intérieur) ou territorial en intervenant devant les élèves, s'accordent pour coordonner la politique de prévention des conduites de consommation des produits psychoactifs.

Par la connaissance de cette charte, chaque intervenant est informé des objectifs recherchés et des choix éducatifs retenus.

CADRE DE L'INTERVENTION

La mise en place de la prévention des conduites de consommation doit s'appuyer sur un projet éducatif global associant les différents partenaires susceptibles d'intervenir devant les élèves par une réflexion préalable aux actions se déroulant en classe.

Les parents, premiers partenaires naturels et légitimes dans la démarche d'éducation, sont associés à la mise en place du projet par l'information qui leur est faite sur l'organisation des séances auprès des élèves et par leur participation au conseil d'école ou d'administration de l'établissement scolaire.

Ils sont informés régulièrement de l'évolution du projet.

Le projet mis en place doit avoir pour objectif l'aide aux élèves en permettant le développement des compétences qui peuvent leur être nécessaires.

Le développement des compétences utiles à l'élève doit reposer à la fois sur :

- l'appropriation de connaissances utiles pour comprendre et agir : la connaissance des produits et de leurs effets certes, mais aussi la connaissance du système législatif concernant l'utilisation de ces produits.
- la maîtrise de méthodes d'analyses et d'actions pour comprendre et agir.
- Le développement de compétences et d'attitudes telles que l'estime de soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie la responsabilité
- la possibilité d'accès si nécessaire aux personnes ressources pour le soutien ou le soin.

La démarche adoptée doit favoriser la participation des élèves et accompagner leur réflexion.

LES INTERVENANTS

Qu'ils soient membres de l'équipe éducative, partenaires institutionnels ou issus du milieu associatif, les intervenants doivent s'inscrire dans un projet dûment construit et éviter les interventions ponctuelles dont la portée éducative reste limitée.

- L'intervenant auprès des élèves doit avoir des connaissances solides et actuelles sur la réalité des produits et des effets de leur consommation.
- Il doit avoir réfléchi à ses propres représentations sur ce sujet pour ne s'appuyer que sur les réalités scientifiques et légales de la question.
- Il doit s'engager à respecter le caractère confidentiel des échanges lors d'une séance, tout en veillant à ce que ces échanges restent liés au cadre de l'intervention, et puissent, sans dommage, être entendus par les élèves.
- L'intervenant, s'il doit manifester une certaine empathie avec les élèves, doit veiller à ne pas impliquer personnellement ni ceux-ci, ni lui-même dans des échanges relevant de l'intimité de chacun.
- L'intervenant doit être attentif à l'éventuelle manifestation de souffrance et être capable de rencontrer de façon individuelle l'élève qui le souhaite, non pour le prendre en charge lui-même, mais pour l'orienter vers les personnes ou structures ressources si nécessaire.
- L'intervenant doit savoir communiquer avec les élèves en comprenant le langage parfois spécifique aux jeunes sans construire son intervention sur ce mode de communication : en effet, ceci reste une facilité et, dans une illusoire « proximité » de vocabulaire, ne met pas en place le rôle éducateur de l'adulte.

LES INTERVENTIONS

- L'intervention pour la prévention des conduites addictives doit s'inscrire dans le projet de l'établissement ou de l'école et permettre la construction d'un partenariat.
- La mise en place de cette action nécessite un travail préalable d'analyse des besoins et demandes, de construction du contenu des interventions et d'évaluation des actions.
- La participation des élèves doit être favorisée pour permettre l'expression de leurs représentations et connaissances sur ces sujets.
- Cette expression ne doit laisser aucune place à un quelconque jugement ou à une interprétation des propos ainsi portés à la connaissance de l'intervenant. Elle doit permettre au contraire, autant que faire se peut, la valorisation des interventions faites par les élèves.

Une co-animation active, associant l'enseignant de la classe et les partenaires, qu'ils soient institutionnels ou extérieurs, doit être systématiquement mise en place.

CONCLUSION

La charte définissant ainsi le cadre de la mise en place de la prévention des conduites de consommation de substances psychoactives doit être portée à la connaissance de l'ensemble des acteurs participant à la démarche.

Elle doit être connue, lue et acceptée par toute personne s'engageant dans un projet de prévention.

Elle est le garant de la réflexion éthique des participants à l'éducation des élèves.

2.3. REPÈRES PRATIQUES POUR L'ÉVALUATION¹¹

L'intégration d'une prévention de conduites addictives tout au long du cursus scolaire nécessite la mise en place de quelques repères évaluatifs.

Cette section fournit des indications concrètes sur les modes d'évaluation souhaitables dans le cas présent.

Quelques conventions de langage sur les types de résultats attendus à travers une évaluation

- Le terme de « résultats » renvoie aux résultats d'activités, produits directs des mesures mises en œuvre et du fonctionnement des équipes. Ils sont donc constatables par les protagonistes, pendant et à l'issue de l'action. Ex. : le taux de couverture de l'action.
- Les « premiers résultats » désignent les évolutions, assez rapidement observables chez les élèves ou les publics relais (personnels, parents d'élèves, ...), qui sont révélatrices du déroulement de l'action, mais ne permettent pas de préjuger des changements en profondeur attendus au final. Ex. : les niveaux de connaissances des publics, leur mémorisation ou leur satisfaction quant à l'action.
- Nous parlerons « d'effets » pour qualifier les changements de pratiques, d'attitudes ou de représentations opérés chez les destinataires de l'action, qu'ils soient conformes ou non aux attentes. L'analyse des effets est le propre de l'évaluation d'efficacité.

L'interrogation sur les effets de la programmation (sur son efficacité) est fondamentale et doit constituer la ligne de mire de la démarche au long cours. Mais apprécier l'impact des actions de prévention en milieu scolaire sur les premières expériences de consommation et les conduites addictives ne peut être mesuré que par des enquêtes statistiques menées sur des échantillons significatifs, selon une méthodologie rigoureuse. L'évaluation de l'impact pourra faire l'objet d'enquêtes ad hoc au niveau académique ou national ou s'appuyer sur des enquêtes existantes (ESPAD, ESCAPAD, etc.).

Au niveau des établissements scolaires, la démarche évaluative sera centrée sur une évaluation de processus, qui permettra un suivi régulier des progressions, la restitution et l'échange sur les diverses expériences de terrain (bonnes pratiques, obstacles rencontrés et solutions développées). En effet, l'évaluation de processus examine le cycle complet de l'action, de la conception à la mise en œuvre concrète : elle interroge donc les stratégies retenues, mais aussi les composantes de l'action et leur articulation. Ce faisant elle intègre l'appréciation des réalisations et des résultats produits. Elle offre la possibilité d'affiner au besoin les objectifs, d'ajuster les stratégies en conséquence, d'améliorer l'allocation des moyens. Elle peut constituer un atout de communication, pour renforcer la légitimité de l'action, par exemple aux yeux de parents d'élèves, voire de personnels, en faisant montre de transparence.

¹¹ Article rédigé par Carine MUTATAYI, OFDT

Il est indispensable de savoir comment les programmes projetés sont effectivement mis en œuvre, quels sont les obstacles rencontrés, les solutions pratiques adoptées, et quel est le niveau de réalisation atteint par rapport aux objectifs fixés et aux ressources humaines et financières disponibles. Cette évaluation de processus repose sur une évaluation par les acteurs et des données statistiques simples.

La méthode d'analyse qui paraît particulièrement pertinente, notamment lors des premières années d'exercice, consiste en deux étapes.

Première étape :

Tout d'abord, il s'agit d'examiner les réalisations concrètes et les résultats obtenus et d'explicitier les éventuels décalages constatés par rapport aux prévisions, c'est-à-dire de faire une analyse de l'effectivité de l'action.

La table suivante illustre comment structurer cette première étape de l'analyse, sur la base de quelques indicateurs quantitatifs (①) et qualitatifs.

Éléments à étayer pour l'évaluation de processus de la programmation (①= indicateur quantitatif)

Éléments pour lesquels il convient de préciser :

- les **résultats attendus prévus** (prédéfinis) lors de la conception ;
- les **résultats obtenus** à l'issue de la programmation annuelle.

Concernant l'organisation dans le temps de la programmation :

- quels créneaux temporaires pour mener les séances ?
- ① Nombre total de séances pour toutes les classes d'un niveau donné
- ① Nombre de séances effectuées par classe pour chaque niveau concerné (*)
- ① Nombre total d'heures dédiées aux séances par niveau de classe en 6^{ème}, 2^{nde}, ...
- ① Nombre d'heures consacrées en moyenne, par classe, aux séances de prévention pour chaque niveau concerné (*)

Concernant les taux de couverture :

- ① Taux de couverture des classes :
 - nombre de classes, tous niveaux confondus, concernées par les séances de prévention rapporté au nombre total de classes.
 - nombre de classes, d'un niveau donné, concernées par les séances de prévention rapporté au nombre total de classes de ce niveau dans l'établissement (à décliner pour chaque niveau concerné).
- ① Taux de couverture des élèves :
 - nombre d'élèves, tous niveaux confondus, ayant bénéficié des séances de prévention par rapport à la population totale des élèves
 - nombre d'élèves, d'un niveau donné, ayant bénéficié des séances de prévention par rapport à la population d'élèves dans ce niveau dans l'établissement (à décliner pour niveau concerné).

Concernant les compétences internes et externes :

- quels thèmes sont confiés à des intervenants internes/ à des intervenants externes ?
- quel niveau de pluridisciplinarité des intervenants ?
- quelle articulation entre les différents participants ?
- quelles mesures d'accompagnement (ex. : formation de personnels internes, mobilisation de conseillers méthodologiques, d'experts, ...) ?

Concernant les ressources financières et les supports techniques :

- quels supports techniques (guide, références bibliographiques, outils de prévention ...) ?
- ① Budgets prévisionnels dédiés aux intervenants/ outils/ formation, ...

Concernant les stratégies d'optimisation :

- quelle articulation des séances avec les programmes scolaires et la vie scolaire ?
- quelle mobilisation d'élèves-relais ?
- quelle sensibilisation des parents d'élèves ?
- quelle organisation des séances favorable à l'interactivité des élèves ?
- des interventions d'enseignants dans d'autres classes que les leurs ?

Concernant les méthodes d'intervention :

- des séances stimulant les compétences sociales ?
- des séances favorisant la dénormalisation ?
- quels modes d'implication des parents ?

Indicateurs complémentaires sur les **premiers résultats obtenus** à l'issue de la programmation annuelle

Premiers résultats :

- ① Part des élèves parmi les destinataires des séances se révélant bien informés sur les sujets factuels (risques sanitaires, lois et règlement, services d'aide existants) abordés lors de l'action (en %)
- ① Part des élèves parmi les destinataires des séances déclarant l'action de prévention utile pour guider leur choix (en %)
- ① Part des élèves parmi les destinataires des séances ayant apprécié l'action (en %)

(*) : Calculer la moyenne pour renseigner les résultats obtenus à l'issue de l'action.

Il convient de fournir également quelques données de contexte telles que :

- l'expérience antérieure de l'établissement dans le domaine de la prévention ;
- la constitution de l'équipe organisatrice de la programmation ;
- les stratégies connexes poursuivies concernant d'autres types de mesures préventives (Infections sexuellement transmissible et sida, nutrition,...), des activités sportives ou éducatives ou encore des mesures réglementaires.

Le renseignement des indicateurs qualitatifs peut s'appuyer sur des entretiens de groupe (en réunion) ou individuels. En revanche, celui des indicateurs quantitatifs requiert la collecte de fiches. Pour des raisons de fiabilité et d'éthique, il est important de garantir l'anonymat des informations recueillies à titre individuel, pour les élèves comme pour les membres du personnel.

Il est souhaitable que, dès le démarrage de la programmation, une(des) personne(s) référente(s) prenne(nt) en charge la question de l'évaluation.

Seconde étape :

Dans un second temps, il faut synthétiser ces informations à travers un tableau qui discernera les forces et les faiblesses de la programmation mais aussi les éléments moteurs et les freins entrant en jeu¹².

Synopsis des forces/ faiblesses/ moteurs / freins liés à la programmation

Forces /	Faiblesses	
		← Préciser les facteurs (ressources, leviers d'action, ...) qui sont au moins en partie sous le contrôle de l'établissement et qui peuvent contribuer ou gêner le bon développement de l'action
Eléments moteurs	Freins	
		← Préciser les paramètres de l'environnement (réseaux de proximité, politique départementale, ...) qui ne sont pas sous le contrôle de l'établissement, et que l'on suppose pouvoir influencer le déroulement de l'action et/ou ses effets.

Il faut souligner que, quelle que soit la méthode d'évaluation adoptée, l'essentiel pour produire des données probantes est que les composantes de la programmation aient été clairement énoncées et que le processus défini ait été respecté : c'est à ces conditions que l'on sait exactement à quoi se rapportent les résultats observés. On ne peut que trop conseiller de soigner la phase de conception et sa formalisation. Quelques méthodes pratiques existent, tel le recours à un schéma de modèle logique explicité en annexe¹³.

Les résultats d'évaluation de chaque établissement seront utiles pour dresser des bilans académiques sur la mise en place des programmations de prévention.

La schématisation du « **modèle logique de l'action** » est particulièrement utile pour mener de concert la conception de l'action et la préparation de son évaluation. Ce procédé sert à :

- poser de façon systématique comment les stratégies de la programmation doivent participer aux objectifs poursuivis ;
- mieux visualiser les éventuelles failles de l'action (lacunes ou freins), comme par exemple des objectifs non réalistes ou des activités en décalage avec les objectifs définis.
- définir une vision consensuelle sur ce que recouvre l'action, sur ce vers quoi il faut aller et sur les contributions spécifiques des partenaires et leurs articulations.
- disposer d'un outil de communication pratique et explicite qui aide les divers partenaires à appréhender l'action (ou le programme) dans sa globalité.

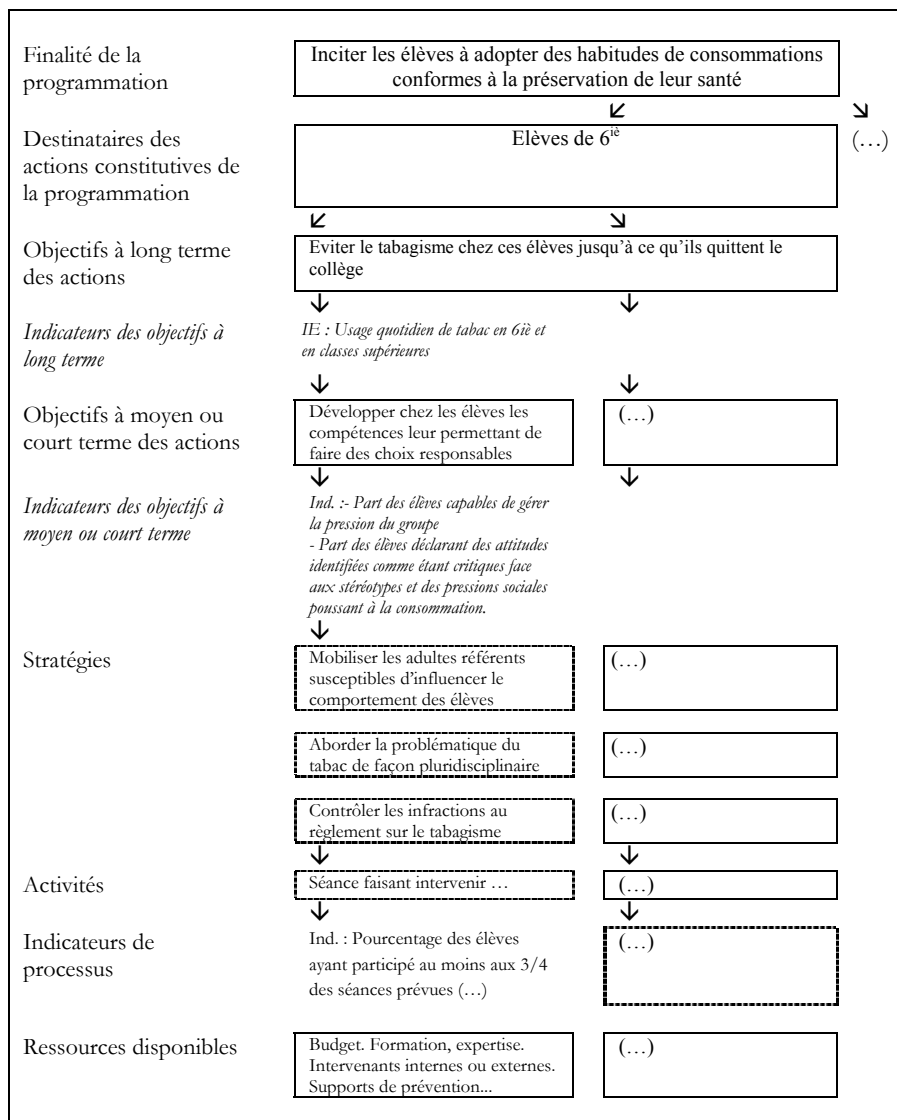
¹² Cette méthode est connue dans la littérature internationale sous l'intitulé d'analyse SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*).

¹³ A ce titre, on peut citer la nouvelle rubrique Web de l'Observation européen des drogues et de la toxicomanies : l'outil sur les ressources en matière de prévention et d'évaluation intitulé PERK. Actuellement disponible en Anglais, cette rubrique est accessible à l'adresse : <http://www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=9932&sLanguageISO=EN>.

- mettre en évidence si le dispositif est évaluable (a priori, il ne l'est pas si les attentes ou leur traduction en objectifs, en stratégies et en moyens, ne sont pas claires)
- visualiser les indicateurs de succès, notamment les indicateurs prioritaires ou les plus révélateurs.
- clarifier la teneur de l'évaluation et donc les intérêts propres des divers partenaires dans le processus d'évaluation pour s'engager sur une base claire et pacifiée.

A titre d'exemple, la figure ci-après fournit une illustration possible mais partielle d'un modèle logique de la programmation.

Exemple partiel de modèle logique d'une action de prévention



Légende :

Indicateurs d'effets

Indicateur ou de processus

Source : THCU, *Logic Models Workbook*. 2001, Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto. 55p. Adaptation libre

2.4. LIENS AVEC LES ENSEIGNEMENTS

En abordant les questions liées à responsabilité humaine, individuelle et collective, en matière de santé, ce guide a également pour vocation de renforcer le lien avec les programmes scolaires de l'école primaire au lycée. Si ceux des sciences de la vie et de la Terre sont évidemment les premiers concernés par la prévention à la santé, la dimension éducative sera amplifiée par un lien cohérent entre les programmes d'éducation civique, juridique et sociale, de physique-chimie, de français, de langues vivantes, ainsi que l'éducation physique et sportive....

La recherche de cette approche interdisciplinaire doit également s'appuyer sur un axe fort du projet d'établissement et les activités de son Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

2.4.1. Lien avec les programmes dans le premier degré

Deux domaines sont à prendre en compte pour envisager une éducation à la prévention des conduites addictives dans le premier degré : le "vivre ensemble" et les sciences ("découverte du monde" en maternelle et au cycle 1, "sciences expérimentales et technologie" au cycle 3).

Avant d'aborder les conduites à risques que sont notamment l'alcoolisme, le tabagisme et l'absorption de drogues, il est nécessaire que l'élève ait pris conscience et effectué une première mise à distance du type "j'ai un corps, je dois l'entretenir et je peux faire des choix pour cela".

Il ne va pas de soi, pour un jeune enfant, que les carences comme les abus alimentaires ou le sommeil, par exemple, peuvent porter atteinte à son bon équilibre sanitaire. Il en est de même pour les risques liés à la vie domestique, à la route, aux personnes malveillantes, etc.

Une fois ces identifications faites, on peut mieux aborder les conduites à risques et le pouvoir de décision individuel que chacun a sur sa propre existence.

Le "vivre ensemble" permet à l'élève de se situer dans le champ social et les relations interindividuelles et d'affirmer son propre pouvoir et libre arbitre : accepter ou refuser les propositions qui lui sont faites en fonction de sa propre appréciation.

Si ces comportements ne sont pas établis préalablement et publiquement discutés, il est vain de prétendre former des individus capables d'effectuer des libres choix face aux risques.

Les programmes 2002 pour l'école envisagent ces différents aspects. On trouvera ci-dessous les extraits du BO hors série n°1 du 14 février 2002 (la pagination correspond à l'édition au format BO) :

à l'école maternelle

page 17

Les enseignants de maternelle jouent souvent un rôle important dans la détection précoce et dans la prévention des handicaps. L'enjeu est de repérer les difficultés potentielles, de susciter la coopération des autres services de la petite enfance et de se donner ainsi toutes les chances de les résoudre.

Il s'agit dans tous les cas, et tout au long de la scolarité maternelle, d'assurer un accompagnement de l'enfant, qui respecte son identité, son rythme, ses besoins en lui donnant les conditions d'une scolarité heureuse et réussie.

page 18

En lui permettant de distinguer le monde physique et le monde vivant, elles lui offrent l'occasion de mieux connaître les besoins de son corps et de structurer ses actions dans l'univers qui est le sien.

Dans ces situations, grâce à des expériences faciles à mettre en oeuvre, l'enfant apprend à formuler des interrogations plus rationnelles, à anticiper des situations, à prévoir des conséquences, à observer les effets de ses actes, à construire des relations entre les phénomènes observés, à identifier des caractéristiques susceptibles d'être catégorisées.

page 32

Découverte du corps et sensibilisation aux problèmes d'hygiène et de santé

La découverte de son corps dans sa globalité et dans ses différentes parties, leur désignation sont source d'intérêt pour le jeune enfant.

Chaque jour et de manière très concrète, dans le respect des habitudes culturelles de chacun, on apprend à satisfaire aux règles élémentaires d'hygiène :

- du corps : lavage des mains ;
- des locaux : remise en ordre, maintien de la propreté ;
- de l'alimentation : régularité des repas, composition des menus.

Une information sur l'enfance maltraitée est effectuée chaque année. Une sensibilisation aux questions d'hygiène et de santé permet aux enfants de comprendre la nécessité de respecter l'intimité de chacun, l'intégrité de son corps et de celui des autres.

Compétences devant être acquises en fin d'école maternelle

COMPÉTENCES DANS LE DOMAINE DU VIVANT, DE L'ENVIRONNEMENT, DE L'HYGIÈNE ET DE LA SANTÉ

- connaître et appliquer quelques règles d'hygiène du corps (lavage des mains...), des locaux (rangement, propreté), de l'alimentation (régularité des repas, composition des menus) ;
- prendre en compte les risques de la rue (piétons et véhicules) ainsi que ceux de l'environnement familial proche (objets et comportements dangereux, produits toxiques) ou plus lointain (risques majeurs) ;
- repérer une situation inhabituelle ou de danger, demander de l'aide, pour être secouru ou porter secours.

au cycle 2 (apprentissages fondamentaux)

page 49

VIVRE ENSEMBLE

Les élèves commencent à accepter de considérer leurs actions du point de vue de leurs camarades, sinon du point de vue général. Ils découvrent que les contraintes de la vie collective sont les garants de leur liberté, que la sanction, lorsqu'elle intervient, ne relève pas de l'arbitraire de l'adulte mais de l'application de règles librement acceptées. Ils apprennent à refuser la violence, à maîtriser les conflits et à débattre des problèmes rencontrés en tenant leur place dans les réunions de régulation qui sont inscrites à l'emploi du temps.

page 55

Les manifestations de la vie chez l'enfant

Il s'agit de faire prendre conscience à l'enfant de certaines caractéristiques de son corps afin d'introduire quelques règles d'hygiène :

- le corps de l'enfant : les cinq sens, les mouvements (rôle du squelette et des articulations), la croissance, les dents, l'alimentation ;
- importance des règles de vie et d'hygiène : habitudes quotidiennes de propreté, d'alimentation, de sommeil.

Compétences devant être acquises en fin de cycle

DANS LE DOMAINE DU VIVANT

Avoir compris et retenu

- quelques règles d'hygiène relatives à la propreté, à l'alimentation et au sommeil.

au cycle 3 (approfondissements)

page 65

Introduction

Ces enseignements s'ouvrent aussi sur les grands problèmes éthiques de notre temps auxquels les enfants sont particulièrement sensibles (développement économique, environnement ou santé).

page 87

SCIENCES EXPÉRIMENTALES ET TECHNOLOGIE

Le corps humain et l'éducation à la santé

L'éducation à la santé est liée à la découverte du fonctionnement du corps en privilégiant les conditions de maintien du corps en bonne santé :

- les mouvements corporels (fonctionnement des articulations et des muscles);
- première approche des fonctions de nutrition (digestion, respiration et circulation) ;
- reproduction des humains et éducation à la sexualité ;
- conséquences à court et long terme de notre hygiène ; actions bénéfiques ou nocives de nos comportements (notamment dans l'alimentation) ;
- principes simples de secourisme : porter secours, en identifiant un danger, en effectuant une alerte complète, en installant une personne en position d'attente.

Une information sur l'enfance maltraitée est effectuée chaque année.

page 91

ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

De façon plus spécifique, elle participe à l'éducation à la santé et à la sécurité. Tout en répondant au "besoin de bouger" et au "plaisir d'agir", elle donne aux élèves le sens de l'effort et de la persévérance.

Elle est également l'occasion d'acquérir des notions et de construire des compétences utiles dans la vie de tous les jours.

2.4.2. Lien avec les programmes des sciences de la vie et de la Terre au collège et au lycée

CLASSE DE 5EME

Programme : notions et contenus

[BO hors-série n°5 du 25 août 2005](#)

Entre en vigueur à la rentrée de l'année scolaire 2006/2007

Fonctionnement de l'organisme et besoin en énergie

Des substances nocives, plus ou moins abondantes dans l'environnement, perturbent le fonctionnement de l'appareil respiratoire. Elles favorisent l'apparition de certaines maladies (tabac)

Relier un type d'accident cardio-vasculaire à des facteurs de risques (consommation de tabac, l'excès de stress).

Thèmes de convergence

Ils font partie du programme sans nécessiter d'un enseignement spécifique ni d'un horaire supplémentaire.

Thème 5 santé

Éducation à la santé pilotée par le CESC

Thème 6 sécurité : les conséquences sur l'organisme humain, du non respect des règles de sécurité et d'hygiène dans le domaine de la santé. Les conduites à risques.

CLASSE DE 4EME

Programme : notions et contenus

[BO hors-série n°5 du 25 août 2005](#)

Entre en vigueur à la rentrée de l'année scolaire 2007/2008

Relations au sein de l'organisme

Le cerveau est un centre nerveux et le fonctionnement du système nerveux peut être perturbé dans certaines situations et par la consommation de certaines substances (comportement d'un conducteur avec l'alcoolémie ou la consommation de drogue, de médicaments).

Thèmes de convergence

Ils font partie du programme sans nécessiter un enseignement spécifique ni d'un horaire supplémentaire.

Thème 5 santé

Éducation à la santé pilotée par le CESC

Thème 6 sécurité : les conséquences sur l'organisme humain, du non respect des règles de sécurité et d'hygiène dans le domaine de la santé. Les conduites à risques.

CLASSE DE 3EME

Programme : notions et contenus

[BO n°42 du 23 novembre 2000](#)

Relations à l'environnement et activité nerveuse

Les messages nerveux sont élaborés et transmis par les cellules spécialisées : les neurones.

Les médicaments (tranquillisants, anti-dépresseurs) agissent à ce niveau, ils modifient l'humeur et les comportements. Les drogues ont également à ce niveau une action qui les rend dangereuses, car elles perturbent gravement les relations de l'homme avec son environnement.

Responsabilité humaine : santé environnement

Deux exposés doivent être présentés en fin de scolarité :

- Un exposé relatif à l'éducation au sens des responsabilités dans le domaine de la santé,
- Le deuxième concerne l'éducation au sens des responsabilités dans le domaine de l'environnement

L'éducation à la citoyenneté : des objectifs éducatifs qui visent à former au choix raisonné d'attitudes responsables en matière de santé et d'environnement, mais aussi par l'exercice de l'esprit critique, la pratique de l'argumentation et par le développement de l'aptitude à l'écoute.

L'éducation à la santé : toutes ces questions peuvent faire l'objet d'un partenariat avec les personnels et les organismes de santé.

CLASSE DE 1^{ÈRE} ES

Programme : notions et contenus

[BO HS n°7 du 31 août 2000](#)

Communication nerveuse (thème en vigueur à la rentrée de l'année scolaire 2005-2006)

Les mécanismes de la dépendance, la plupart des drogues (héroïne, nicotine, alcool, cocaïne ; principe actif du cannabis, ecstasy) agissent, par des mécanismes différents, sur les neurones dopaminergiques des systèmes de récompense. La dépendance aux drogues est un phénomène complexe qui est tributaire de facteurs psychologiques, mais aussi de facteurs environnementaux.

CLASSE DE 1^{ÈRE} S

Programme : notions et contenus

[BO HS n°6 du 29 août 2002](#)

La part du génotype et la part de l'expérience individuelle dans le fonctionnement du système nerveux

Les propriétés intégratrices des centres nerveux et le fonctionnement des neurones. La part de l'acquisition de notions de base sur la communication nerveuse peut être l'occasion d'élargir la compréhension de réactions comportementales.

CLASSE de CAP

Programme : notions et contenus

[BO hors-série n°5 du 29 août 2002](#)

L'individu dans l'entreprise : indiquer les conséquences des toxicomanies sur la vie professionnelle du salarié dans l'entreprise (médicaments, substances psychotropes et substances toxiques).

2.5. SÉANCES CM2 – 6ÈME

Contenus et démarche

La mise en place d'une réflexion sur le tabac, avec les élèves de CM2 ou de 6^{ème} aura pour objectif spécifique d'empêcher ou de retarder leur consommation en accompagnant leur réflexion.

Il est important d'apporter aux élèves des informations sur le tabac précises et adaptées à leur âge et de leur donner les moyens d'y accéder au mieux, dans le cadre d'une approche positive de la notion de santé, mettant en valeur les ressources individuelles et sociales.

L'intervenant s'attachera à développer chez les élèves les compétences leur permettant de faire des choix responsables par la prise de conscience de leurs réponses possibles face aux sollicitations.

En inscrivant la réflexion dans les cadres légaux et réglementaires (loi Evin, loi de 70, règlement intérieur), les élèves s'approprient les données législatives et pourront intégrer les exigences qui en découlent.

La démarche d'éducation ainsi entreprise devra s'accompagner des informations nécessaires pour rendre les élèves aptes à demander de l'aide le cas échéant, pour eux-mêmes ou pour les autres.

Ce module comporte quatre étapes :

- Etape 1 : La santé, qu'est-ce que c'est ?
- Etape 2 : Pourquoi certains fument et pourquoi d'autres ne fument pas ? Comment en vient-on à fumer ?
- Etape 3 : Choisir de ne pas consommer, est-ce difficile ?
- Etape 4 : A qui demander de l'aide ?

ETAPE I : LA SANTE, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Objectifs

Il s'agit, dans cette première approche, de mettre en évidence les différents aspects de la santé (physique, psychique et sociale), de faire émerger une notion dynamique de la santé et de faire découvrir les besoins fondamentaux de chacun et leurs inter-actions.

De quoi parle-t-on ?

- **du concept de « santé »** : on retiendra la définition de l'Organisation mondiale de la Santé, qui entend par Santé « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette approche de la santé permet de percevoir la personne dans sa globalité et facilite la réflexion face aux consommations de produits : les élèves découvriront ainsi qu'au-delà de la notion classique de « bonne » ou « mauvaise » santé, il s'agit aussi de parler d'être bien – ou pas bien - « dans sa tête », bien ou pas bien « avec les autres », comme peuvent l'exprimer des élèves de cet âge.
- **des besoins fondamentaux nécessaires pour conserver, préserver ou développer ces différents aspects**. En effet, certaines conditions sont indispensables pour avoir la possibilité de rester en « bonne santé » physique, psychique ou sociale : manger, boire et dormir certes, mais aussi communiquer, s'exprimer, et entrer en relation avec l'environnement humain et social. Avoir ou ne pas avoir ces possibilités crée les conditions de bonne ou mauvaise santé de la personne et en sont donc parties intégrantes : si j'ai faim, je ne peux entendre d'autres messages de prévention tant que ce besoin fondamental n'est pas satisfait. De même si j'ai peur, si je ne peux communiquer, si je suis seul ...
- **du caractère évolutif de la santé** : il conviendra de faire découvrir aux élèves que ces différents facteurs non seulement participent de la santé, mais encore qu'ils évoluent, changent, s'aggravent parfois, mais peuvent aussi s'améliorer, et que la santé est un processus évolutif sur lequel on peut influencer dans certaines circonstances.

Ainsi, l'école qui rassemble les élèves est un lieu de vie où il est possible de parler de santé, individuellement et collectivement.

Comment en parler et avec quels outils ?

Pour favoriser l'expression des élèves, parfois la guider pour les conduire à la réflexion et atteindre les objectifs attendus, les « *outils d'animation* » pour l'éducation à la santé sont nombreux et variés.

S'il doit favoriser l'expression, qu'elle soit individuelle ou collective, « l'outil d'animation » choisi ne doit jamais mettre en difficulté ni les élèves, ni l'intervenant en provoquant des implications trop personnelles. Quelques outils sont proposés ici à titre d'exemples.

- « **Le remue-méninges** » ne nécessite qu'un minimum de matériel (feuille ou tableau, feutre ou craie) et cette méthode permet aux élèves, par associations d'idées, de faire émerger leurs représentations à partir du mot proposé. Ici, ce peut être le mot « santé » ou « avoir besoin de ».

Certains « *mots-clés* » apparaîtront spontanément lors de la prise de parole des élèves ; cependant, l'intervenant restera attentif à ce qui est ainsi mis en évidence pour compléter, si nécessaire, les éléments permettant la réflexion.

A titre d'exemple, voici quelques mots ou expressions permettant d'évoquer les différentes facettes de la santé et les besoins fondamentaux y participant. Cette énumération permettra à l'intervenant d'enrichir l'apport des élèves, sans craindre l'émergence de notions négatives : « faire la fête », injustice, douleur, copains, sécurité, apprendre, être bien, être vivant, solitude, etc...

Cette méthode d'expression permet, en mettant des mots sur un concept tel que « la santé », d'en clarifier le contenu et de reprendre la réflexion sur le champ souhaité : l'approche globale de la santé.

A partir de ces données, l'intervenant poursuit son objectif, faire prendre conscience aux élèves des différentes dimensions de la santé.

- « **Le photo-langage** » : à partir d'un jeu de photographies variées évoquant les différents aspects de la santé, l'intervenant demande aux élèves de choisir celle qui lui évoque le plus « la santé » ou « le besoin de ». Bien sûr, aucun commentaire n'est fait devant le choix de l'élève. L'ensemble des photographies choisies construit un paysage évoquant les différents aspects recherchés et permet d'atteindre l'objectif.

Il existe des photos-langages déjà élaborés et proposés par les professionnels de la prévention. Il convient cependant de vérifier la thématique abordée à travers un photo langage « tout fait » pour qu'il corresponde à l'objectif recherché : en effet, les supports utilisés ne seront pas les mêmes dans un photo-langage destiné à faire réfléchir sur le sida par exemple que s'il s'agit de parler de santé.

Un photo-langage peut être éventuellement construit par l'intervenant qui le souhaite en rassemblant diverses illustrations des concepts que l'on cherche à faire émerger : photos de nature, de groupes d'enfants, ou autres facilitant l'expression comme évoqué ci-dessus.

Au terme de cette étape ...

Les élèves auront pris conscience que la santé recouvre différents aspects, et que les besoins fondamentaux sont beaucoup plus que les besoins du corps. Ils auront compris que la santé est un état qui évolue et sur lequel ils peuvent agir. Ils sont prêts à parler de ce qui peut avoir un effet sur cet état : la consommation éventuelle de produits.

ETAPE II : POURQUOI FUME-T-ON, POURQUOI NE FUME-T-ON PAS ? COMMENT EN VIENT-ON A FUMER ?

Objectifs

Après cette construction commune d'une connaissance des différents aspects de la santé, l'intervenant va s'attacher à faire prendre conscience aux élèves que des produits peuvent agir sur leur santé plus ou moins rapidement – en fonction des quantités, des combinaisons, des répétitions. Il devra les informer de leurs effets immédiats et à long terme, qu'ils soient positifs (par exemple une bonne croissance ou, dans un autre registre, la convivialité, le soulagement, le plaisir) ou négatifs (par exemple le surpoids, les effets délétères du tabac sur la respiration et la santé en général).

Les élèves rechercheront ensuite les raisons qui conduisent à la consommation de produits nocifs, et en particulier du tabac, malgré la connaissance des effets néfastes qu'ils entraînent.

Il s'agit aussi de poser le cadre de la loi et d'évoquer la notion de produits « autorisés », « réglementés » ou « interdits ».

De quoi parle-t-on ?

- **des idées reçues** : il convient d'apporter des informations précises au questionnement des élèves et de modifier, si nécessaire, les idées reçues qui circulent sur les produits, et en particulier du tabac, que ce soit dans la banalisation ou dans la dramatisation.
- **des effets du tabac** : la connaissance du développement psychologique de l'enfant aidera l'intervenant à saisir les aspects spécifiques d'une éventuelle consommation dans cette tranche d'âge.
Il faut savoir en particulier que la projection dans un avenir plus ou moins lointain n'a pas beaucoup de sens pour des enfants - et même d'ailleurs pour les adolescents : évoquer les maladies qui risquent de se manifester à l'âge adulte n'est pas considéré comme un élément très convaincant pour des jeunes. Néanmoins, nombreux sont ceux qui, interrogés sur la question, montrent une préoccupation réelle.
- **de la loi** : parler de sa finalité - protéger et pas seulement punir -, de sa construction et de son évolution permettra de comprendre la notion de produits « licites » et « illicites » : certains sont autorisés par la loi, comme le tabac, mais leur utilisation est réglementée et ils sont donc interdits dans certains lieux. D'autres, comme les drogues, sont interdits quels que soient le lieu ou les circonstances

Comment en parler, et avec quels outils ?

La spontanéité et la confiance régnant dans le groupe dont la parole est libre ne doit pas entraîner des révélations de situations familiales difficiles : l'intervenant évitera le récit individuel d'expériences douloureuses pour favoriser l'expression générale du groupe.

L'existence d'une consommation dans un but d'« auto-médication » (ex : on fume parce qu'on est « stressé ») peut apparaître.

L'intervenant doit savoir que d'autres produits que le tabac peuvent être évoqués (le cannabis, l'alcool notamment) : il sera nécessaire de prendre en compte cette suggestion. En évitant de consacrer toute l'intervention sur ce sujet, il faudra rester attentif à la réaction du groupe et s'attarder aux questions posées si nécessaire.

L'intervenant peut s'attendre à être interpellé sur les contradictions apparentes entre la loi et son application : à la faveur de ce débat, peuvent apparaître les notions de responsabilité individuelle et/ou collective. L'expression de la volonté de ne pas consommer de tabac trouvera l'espace propice à cette évocation

Les outils choisis éviteront les récits trop chargés d'émotion (évoquant par exemple la mort) qui, par un phénomène de fascination du morbide, empêchent toute mise à distance, nuisent à la construction de la réflexion et peuvent être contre-productifs en effrayant les enfants par rapport aux consommations de leurs parents.

Les outils choisis sont ceux qui favorisent l'expression spontanée : les élèves apportent ce qu'ils savent, ou croient savoir, sur les produits et leurs effets. L'intervenant peut ainsi corriger quelques idées fausses.

Quelques exemples d'idées fausses sur le tabac :

- « Tous mes copains fument ! »
Banaliser la consommation de cigarettes est un motif important pour commencer à fumer malgré les risques connus. Beaucoup de jeunes croient que la majorité de leurs pairs fument. Or il se trouve que moins de 5% des jeunes de 13 ans, un peu plus de 12% de ceux de 15 ans fument régulièrement. Il y a donc un décalage important entre la perception que les jeunes ont des comportements de leurs camarades et la réalité.
- « Je fume très peu, ce n'est donc pas dangereux et je ne cours pas de risque de devenir dépendant »
Fumer à 13-15 ans deux cigarettes par jour pendant un an suffit à rendre dépendant. Le tabac est un produit très addictif.
- « Pas de problème, je fume des légères ! »
Les teneurs déclarées en goudrons et en nicotine, calculées sur des machines à fumer qui ne reproduisent pas le comportement réel d'un fumeur – volume, durée des bouffées et intervalles entre elles – sont trompeuses.
Les fumeurs de cigarettes légères s'arrangent pour avoir ce que leur corps leur réclame. Ils fument plus (plus fréquemment, plus intensément) et ils obtiennent ainsi leur dose de nicotine. Les cigarettes légères ne sont donc pas moins dangereuses que les autres en termes de risques pour la santé
- « Fumer me détend ! »
Le sentiment subjectif de détente que l'on peut ressentir en fumant une cigarette est lié à la dépendance engendrée par la nicotine. En réalité, fumer ne détend nullement, mais fumer évite d'être en manque de nicotine lorsqu'on est dépendant. Un non-fumeur ne ressent aucune détente en fumant.
- « J'arrête quand je veux ! »
C'est une idée très répandue, mais hélas fautive. Nombreux sont les fumeurs qui veulent arrêter de fumer mais qui ont échoué dans leur tentative de sevrage, ou rechuté à plusieurs reprises.

Le groupe de discussion

Cette méthode est un moyen facile et rapide de rassembler des opinions, des informations et d'échanger librement à partir d'un thème donné. La spontanéité des réflexions est conservée par la liberté des échanges.

L'intervenant veille à la distribution de la parole et retient les points forts qui lui permettront de faire progresser la réflexion du groupe en relançant éventuellement les échanges autour d'une idée, d'une information qu'il met en exergue.

L'étude d'articles de journaux

La lecture des périodiques, comptes rendus d'événements, reportages développant un sujet spécifique, éditoriaux qui expriment des opinions, participent à alimenter le débat.

La recherche documentaire

Les élèves de cet âge peuvent avec curiosité et intérêt faire des recherches pour trouver des informations sur le tabac et ses effets, des textes de lois et règlements concernant l'usage de produits psychotropes. L'intervenant s'attachera à leur donner les moyens de conduire par eux-mêmes ces recherches en fonction de leurs besoins.

Au terme de cette étape ...

L'intervenant conclut en mettant en perspective tout ce qui a été exprimé pendant cette étape –les produits, leurs effets, les lois- pour aborder l'étape suivante : avec ces savoirs, ces savoir-faire, comment savoir être...

ETAPE III : CHOISIR DE NE PAS CONSOMMER, EST-CE DIFFICILE ?

Objectifs

La mise en évidence des pressions exercées par les media ou par un groupe de pairs permet aux élèves d'élaborer une réflexion critique sur les comportements de consommation et de prendre conscience des facteurs qui les aideront à choisir de ne pas ou ne plus fumer. Même si ce choix n'est pas toujours facile, pouvoir en parler aide les élèves à devenir acteurs de leur décision.

De quoi parle-t-on ?

- **de l'effet du groupe** : l'importance des « copains », de l'opinion qu'ils peuvent avoir de l'un ou l'autre d'entre eux est un facteur important à cet âge où être différent n'est jamais chose aisée, où choisir d'être différent est encore moins facile. Il ne s'agit pas ici de dénigrer les valeurs de camaraderie ni les effets de groupe mais bien d'aider les élèves à prendre conscience que ce groupe peut exercer des pressions plus ou moins explicites. Ces pressions peuvent supprimer le libre choix d'un comportement en menaçant d'exclusion l'individu qui ne respecte pas les règles instaurées par ses pairs. Il s'agit de réfléchir aux arguments permettant de résister à l'incitation ou à l'offre et de stimuler la tolérance des choix de l'autre. Comment trouver sa place dans un groupe en conservant sa singularité ?

Comment en parler et avec quels outils ?

Par la mise en lumière des pressions qu'un groupe peut exercer sur un individu, l'intervenant fera émerger les éléments de construction d'un argumentaire pour l'incitation à ne pas fumer. Les données apportées par cette discussion permettront de mettre en évidence la notion de compétences psychosociales propres à chacun, compétences qui participent au choix de comportements responsables.

Les outils choisis doivent permettre l'expression de l'éventuelle difficulté d'une personne seule face à un groupe ou un ami pour affirmer son choix différent de celui que l'on veut lui imposer. Il conviendra, dans le déroulement de l'activité, de toujours veiller à ce que l'élève ne soit pas mis en difficulté : le fait même que l'élève soit en position de conflit a valeur de réflexion pour le groupe et non pas de jugement.

Jeu de rôle

Un élève joue le rôle de celui qui propose une cigarette, un autre élève a pour consigne de refuser, quel que soit l'argument avancé et lui-même propose d'autres raisons pour ne pas fumer. Le reste de la classe observe, note les arguments des deux parties. Au bout d'un temps imparti qui doit être court pour ne pas risquer de voir la situation dégénérer, l'ensemble de la classe analyse les arguments avancés.

« Jeu de la cacahuète »

Utilisé au Canada, ce jeu est ainsi appelé parce qu'il utilise cet aliment. Il semble plus sage de se servir d'une quelconque friandise, ce qui évitera tout biais d'argumentation et risque de contestation pour cause d'allergie...

Les élèves sont rassemblés par petits groupes de 4 ou 5. Chaque élève reçoit un carton sur lequel figure la consigne qu'il a à conserver secrète et à appliquer au signal de départ du jeu. Ces cartons sont fabriqués par l'intervenant et portent les instructions nécessaires

- carton n° 1 : « mange une friandise. Si quelqu'un n'en mange pas, dis-lui d'en manger et trouve des bonnes raisons pour le persuader de le faire » ;
- carton n° 2 : « ne mange pas de friandises, si quelqu'un veut que tu en manges, essaie de dire non ».

Dans chaque groupe de 4 ou 5 élèves, un seul a un carton comportant la consigne n° 2.

Pendant un temps donné, le jeu consiste à « simplement » appliquer les consignes inscrites sur le carton que chacun possède.

Les élèves commencent à manger les friandises et remarquent rapidement que l'un d'eux n'en consomme pas. Ils essaient alors par différents moyens de le convaincre de le faire, en le persuadant que c'est bon, y compris pour la santé. S'ils rencontrent toujours un refus, les arguments changent de registre et peuvent toucher l'affectif.

Ceux qui ont la difficile tâche de résister à la tentation essaient de justifier leur refus.

Le jeu ne doit pas s'éterniser et dépasser quelques minutes.

En fin de jeu, la classe se remet en grand groupe et chacun raconte ce qui s'est passé. Très vite, les élèves mettent eux-mêmes en évidence le rôle du groupe et la pression qu'il a exercé ou tenté d'exercer.

L'intervenant accompagne cette prise de conscience et veille surtout à ce que ne soient pas stigmatisés ceux qui n'ont pas su résister à la « tentation ». Leur attitude doit au contraire servir à mettre en évidence la difficulté d'avoir à s'opposer à la pression du groupe.

Les élèves font très facilement à partir de cet exercice avec des friandises le parallèle avec la difficulté à s'opposer à une proposition de cigarette.

Après cette démonstration, l'intervenant demande aux élèves de lister les arguments qui peuvent aider à refuser toute proposition de consommation et introduit déjà la notion d'aide parfois nécessaire qui sera abordée dans l'étape suivante.

Au terme de cette étape ...

Les élèves ont pu exprimer l'éventuelle difficulté à refuser une offre de consommation. Ils ont pu aussi développer un argumentaire leur permettant de faire face aux pressions qu'ils peuvent rencontrer, prendre conscience de la difficulté du choix mais aussi de la liberté du choix.

ETAPE IV : A QUI DEMANDER DE L'AIDE ?

Objectifs

Il peut être difficile, même à cet âge où la consommation de tabac n'est pas habituelle, de refuser une offre faite dans un contexte de groupe de « copains » où le mimétisme des comportements a son importance. Il convient donc de donner aux élèves la possibilité de trouver de l'aide pour en parler.

De quoi parle-t-on ?

- **des personnes à qui demander de l'aide** : cette aide que les élèves peuvent avoir à chercher doit rester à leur niveau, c'est-à-dire accessible facilement à des élèves de CM2 et de 6^{ème}. Il ne sera pas évoqué ici les réseaux de soins s'adressant à des consommateurs ou à des personnes dépendantes. Il s'agit bien d'aider les élèves à repérer dans leur entourage les adultes qui leur permettront d'exprimer leur inquiétude ou leurs difficultés, et qui leur apporteront des réponses et de l'attention.

Comment en parler, et avec quels outils ?

L'intervenant dans cette étape a le souci de positionner l'adulte, ou les adultes, qui peuvent permettre aux élèves d'évoquer les problèmes de consommation de tabac (ou d'autres substances).

Il met en évidence l'existence d'un réseau de personnes-ressources. Cette « découverte » doit se faire avec leur participation active pour qu'ils puissent s'approprier de cette façon une certaine notion de « réseau ».

Cette recherche ne demande pas d'outil particulier : l'intervenant dresse avec les élèves la liste possible. Chacun peut avoir sa propre « liste » de ressources : les parents, les membres de la famille, les amis des parents. Au delà de ce premier cercle, l'intervenant peut mettre en évidence le rôle spécifique de certains professionnels : l'enseignant, le personnel du réseau d'aide à l'école élémentaire, l'infirmière, le médecin, le conseiller principal d'éducation, etc...

Au terme de cette étape

Les élèves, conscients des difficultés qu'ils pourraient rencontrer, et forts de leur droit d'affirmer leur choix, doivent se sentir confortés et en sécurité dans leur démarche.

2.6. SÉANCES 5ÈME – 4ÈME

Contenus et démarche

Les résultats des enquêtes réalisées sur les consommations de substances psychoactives chez les jeunes mettent en évidence l'existence d'une expérimentation des boissons alcoolisées déjà fréquente chez les garçons et les filles de 12 ans. Ce constat conduit tout naturellement à évoquer avec les élèves de 5ème-4ème leur éventuelle rencontre avec les boissons alcoolisées.

Ainsi, la mise en place d'une réflexion avec ces élèves aura-t-elle pour objectif spécifique de mettre en évidence les effets particuliers de la consommation de boissons alcoolisées et les conséquences sur la vie personnelle et l'environnement social de chacun.

Dans le prolongement de la prévention engagée dans les classes de CM2-6^{ème}, il s'agit de développer chez les élèves la conscience de l'existence d'une consommation et les compétences nécessaires pour élaborer des réponses face aux sollicitations et éventuellement pour trouver l'aide nécessaire.

La connaissance des textes législatifs apportera les informations indispensables sur ce sujet.

Un lien étroit sera fait avec les enseignements et s'appuiera en particulier sur le contenu du livret de préparation à l'attestation scolaire de sécurité routière¹⁴.

Les différentes étapes à envisager peuvent s'articuler de la manière suivante :

- Etape 1 : "Grandir, qu'est ce que ça veut dire ?"
- Etape 2 : "L'alcool : mythes et réalités"
- Etape 3 : "Alcool et réglementation"
- Etape 4 : "A qui demander de l'aide ?"

¹⁴ La sécurité routière dans les disciplines du collège – Ministère de l'Education nationale – Sécurité routière – MAIF (à consulter sur www.eduscol.education.fr)

ETAPE 1 : GRANDIR : QU'EST CE QUE ÇA VEUT DIRE ?

Objectif

Il s'agit, lors de cette première étape, d'évoquer avec les élèves les transformations liées à la puberté et à l'adolescence et les changements de comportements qui surviennent à cette période.

De quoi parle-t-on ?

- du concept « adolescence », si fréquemment évoqué dans notre société : il s'agit de permettre aux élèves de mettre les mots sur les transformations qu'ils remarquent dans leur propre évolution. Les transformations physiques peuvent être certes évoquées, mais ce n'est pas là l'objectif principal de cette étape : il s'agit de faire émerger le désir de l'enfant devenant adolescent de se conformer au modèle, réel ou supposé, d'un comportement d'adulte, en particulier face à des consommations de produits (tabac, alcool) que l'enfant estime faussement être la manifestation d'une capacité de liberté ;
- de la notion de « conduites d'essais » : le pré-adolescent désireux de tester ses capacités physiques ou psychiques ou de découvrir les limites qui sont les siennes ou celles imposées par la société, sera tenté de découvrir les effets d'un produit tel que l'alcool.
- de l'« effet de groupe » : on retrouve à cet âge, de façon sans doute plus prégnante, l'importance des « copains » évoquée lors des séances de CM2-6^{ème}. L'effet de groupe est beaucoup plus important au moment de l'adolescence et il convient de ne surtout pas le mésestimer.

Comment en parler et avec quels outils ?

L'outil d'animation ne doit mettre en difficulté ni l'animateur ni les élèves en provoquant des implications trop personnelles. C'est pourquoi on privilégiera l'expression par une organisation de la classe en petits groupes d'élèves autour de quelques outils proposés à titre d'exemples.

- **Le “remue méninges”** (voir séance CM2-6^{ème})

Cette méthode permet de faire émerger les représentations des élèves autour de la notion d'évolution physique et psychique survenant lors de l'adolescence. Autour de la question “Grandir, qu'est ce que ça veut dire”, l'animateur pourra recueillir les ressentis spontanément exprimés et en faire la synthèse en soulignant les points évoqués dans le paragraphe “de quoi parle t-on ?” : les transformations subies et ressenties, les désirs nouveaux de découverte, les expressions de “modèle” renvoyées par la société. Ainsi, pourront être recueillies des informations du genre :

- “faire ce que l'on veut”
- “pouvoir faire ce qui est interdit à l'enfant”
- “consommer tabac et alcool comme les grands”
- mais aussi “avoir de nouvelles responsabilités”
“décider de refuser ce qui est proposé”

L'intervenant s'attachera à faire prendre conscience aux élèves que cette notion de “grandir” leur permet d'acquérir certes plus d'indépendance, mais aussi une responsabilité nouvelle et une

liberté de choix qui doit s'accompagner de réflexions face en particulier aux consommations de produits psychoactifs (tabac, alcool, cannabis).

- **Le Blason**

Cette activité permet d'identifier des expériences, d'aider à clarifier des représentations à partir d'items proposés par l'intervenant.

Les élèves sont répartis en petits groupes pour compléter chaque case d'un blason (soit sur une feuille 21x29.7, soit sur affiche type paper board) selon le schéma joint. A partir d'un thème, les élèves sont invités à remplir les cases de l'écusson et à inscrire en bas du blason une devise, une affirmation, ou un point particulier qu'ils souhaitent souligner. Une fois construit, le blason constituera une image d'ensemble des perceptions du groupe.

Thème : Grandir	
Ce que c'est	Ce que ce n'est pas
Points positifs	Points négatifs
Devise, affirmation	

A l'aide de cet outil, l'intervenant pourra évoquer, avec les élèves, quelques facettes du processus d'émancipation que constitue l'adolescence. Il se peut qu'à l'issue de cette activité, des représentations très hétérogènes apparaissent, liées aux différences de maturité des élèves. L'intervenant ne doit pas gommer cette éventuelle disparité en cherchant à faire une synthèse des différents blasons : il peut au contraire souligner que ces apparentes différences représentent les modes d'évolution et de réflexion de chacun, et qu'il n'y en a pas des « bons » et des « mauvais ».

Au terme de cette étape ...

Les élèves auront pris conscience des enjeux en présence, lors de cette période de transformations des relations aux autres que constitue l'adolescence. Ils seront plus conscients de la liberté de choix qui leur est offerte mais aussi des obligations que cette évolution induit.

ETAPE 2 - L'ALCOOL : "MYTHES ET RÉALITÉS"

Objectif

Il s'agit d'apporter les connaissances nécessaires sur les effets des boissons alcoolisées et de mettre en évidence les idées fausses et les idées reçues.

De quoi parle-t-on ?

- **De l'alcool et de ses effets**

Il est bien sûr nécessaire d'évoquer les effets nocifs de l'alcool (excitation ou abattement, tremblements, difficultés d'élocution, vertiges, nausées, vomissements).

Mais il est tout aussi nécessaire, pour rester crédible face à un public vite critique du discours de l'adulte, de ne pas mésestimer les effets ressentis comme désirables. L'effet dés-inhibiteur de l'alcool doit être évoqué (avoir l'impression d'être libéré de ses angoisses ou de ses complexes, oser s'adresser à quelqu'un et lui parler, ce qui semblait impossible et pourtant si important dans le jeu des relations garçons/filles à cet âge, se sentir plus sûr de soi....).

- **Du contexte social ou du groupe** qui tendent parfois à valoriser la consommation de boissons alcoolisées à travers des notions telles que : la convivialité, le partage, l'entente, l'ambiance festive, l'image de "virilité"...

- **De la réalité des effets des comportements** sous l'influence de l'alcool avec le développement de conduites à risques :

- violence (bagarres, racket)

- accidents de la circulation (première cause de décès chez les jeunes)

- absentéisme, désinvestissement scolaire

- accidents en atelier

- alcoolodépendance (la consommation des jeunes est prédictive de la consommation à l'âge adulte)

- relations sexuelles non désirées ou imposées.

- **De la réalité des effets sur le fœtus** de la consommation d'alcool par la femme enceinte

Comment en parler et avec quels outils ?

L'apport de connaissances scientifiques physiologiques est nécessaire : les contenus des programmes de sciences de la vie et de la Terre et de la préparation à l'attestation de sécurité routière apporteront les éléments objectifs précieux.

Cependant, là aussi, il convient de permettre l'expression des représentations des élèves qui peuvent refuser ce savoir plus ou moins éloigné de leur expérience ou être en difficulté face à ces connaissances nouvelles, en particulier quand existe un problème d'alcoolisme familial.

- **Liste d'affirmations**

La classe est organisée en petits groupes auxquels sont proposées des affirmations que les élèves valident ou réfutent, cette activité se déroulant sur un quart d'heure environ.

En fin de séance, l'intervenant recense ce qui a été dit dans chacun des groupes et apporte pour chaque item le complément de réflexion nécessaire.

Il est possible d'utiliser une des listes ci-dessous (d'après le programme Chrysalide élaboré par la CPAM et l'Inspection académique des Yvelines), ou de n'utiliser que quelques propositions de chacune, au choix de l'animateur.

1. « *idées fausses, idées vraies* »

- l'alcool réchauffe
- l'alcool rend fort
- l'alcool crée ou facilite l'ambiance
- l'alcool stimule
- l'alcool permet d'être « à la hauteur »
- l'alcool permet d'être mieux dans sa peau
- l'alcool donne de l'audace
- l'alcool c'est la « défonce »
- l'alcool est un médicament
- l'alcool, c'est signe de maturité
- l'alcool n'est pas dangereux pour la femme enceinte
- c'est difficile de refuser quand on est entre amis
- un homme, ça sait boire
- la bière, c'est pas de l'alcool
- l'alcool est un médicament
- le cidre est bon pour les enfants
- une femme enceinte peut boire sans conséquence pour le bébé qu'elle attend.

2. « *aspects positifs, aspects négatifs* »

- dans une fête, l'alcool aide l'ambiance
- l'alcool aide les timides à participer
- on devient plus agressif quand on a bu
- l'alcool donne du courage
- l'alcool aide à oublier ses complexes
- quand on boit on ne sait plus ses limites
- l'alcool facilite le rire et l'euphorie
- boire du bon vin n'a jamais fait de mal
- on est capable de savoir quand s'arrêter
- une fête sans alcool n'est pas une vraie fête
- quand on a pris l'habitude de boire on ne peut plus s'en passer
- c'est une tradition donc c'est bon et utile
- l'alcool rend malade

L'ensemble de ces affirmations permet à l'intervenant de ne pas nier l'existence reconnue de certains effets de l'alcool, apparemment sans conséquences, mais aussi de souligner les risques liés à ces mêmes effets en introduisant la notion d'excès, d'habitudes et d'éventuelles dépendances.

- **Slogans de prévention**

A partir des slogans des grandes campagnes de prévention de l'alcoolisme, les élèves pourront présenter ce qu'ils en ont retenu, ce qui est pour eux le message principal.

Ils pourront alors exprimer la forme qui les touche : l'expression d'une interdiction, l'invitation à une réflexion sur son propre comportement, la suggestion d'un choix possible.

Ils peuvent même s'essayer à trouver eux-mêmes un nouveau slogan qui serait destiné aux jeunes de leur âge.

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

- **Test : « Où il y en a le plus »**

L'idée communément répandue, particulièrement chez les adolescents, est que certaines boissons sont bien sûr plus alcoolisées que d'autres et que de ce fait la consommation n'a pas les mêmes effets suivant la boisson absorbée. Il est habituel par exemple de penser que la bière n'est pas une boisson alcoolisée aux effets comparables à ceux du vin ou d'alcools forts comme la vodka, appréciée de plus en plus par les jeunes.

Certes, le degré d'une boisson alcoolisée représente le pourcentage d'alcool pur et un vin à 12° contient 12 % d'alcool pur, une vodka à 42° contient 42 % d'alcool pur, etc...

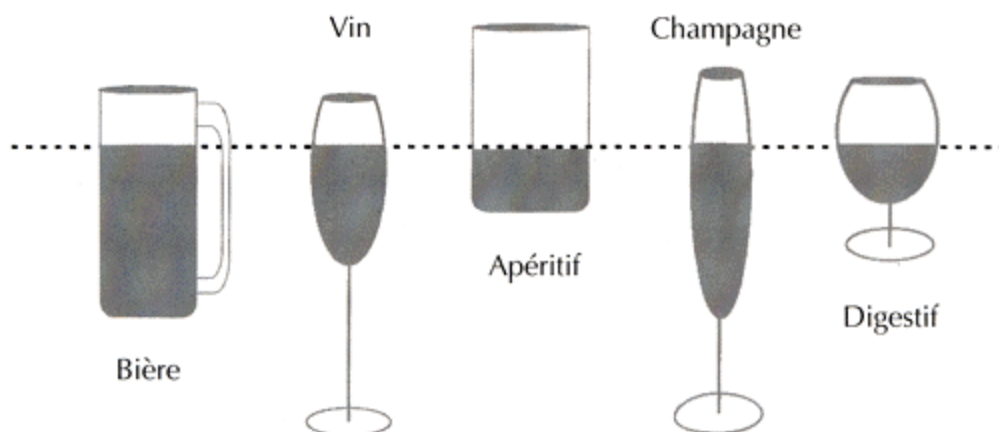
Pendant, il est intéressant de constater que tous les verres « standard » servis dans le commerce contiennent à peu près la même quantité d'alcool c'est à dire 10 grammes. La variation du contenu en quantité de liquide permet de garder la même quantité d'alcool. Cette notion est importante à faire découvrir aux élèves car elle permet de combattre l'idée reçue qu'un verre d'alcool autre que la bière est « plus fort » et que la bière n'est « pas de l'alcool » .

Par ailleurs, l'existence sur le marché des premix mélangeant boisson non alcoolisée (soda, coca etc...) et alcool fort (whisky, vodka), particulièrement prisées par les jeunes augmente le risque d'une absorption non consciente d'alcool : l'accent pourra être mis sur la nécessité d'avoir une réelle connaissance de la composition des boissons proposées.

Les élèves doivent répondre à la question :

« Dans quel verre servi dans un café y a-t-il le plus d'alcool : vin, apéritif, digestif, champagne, bière ? »

Le schéma récapitulatif ci-dessous, si besoin distribué aux élèves, rétablit la réalité.



En France, une consommation servie dans un débit de boissons contient 10 grammes d'alcool.
À domicile les quantités sont très variables.

Au terme de cette étape

Les élèves devront avoir pris conscience de la réalité des effets physiologiques et psychologiques de l'alcool sur l'organisme, de ses conséquences néfastes plus importantes que les éventuels effets « agréables » ou « recherchés ». Ils auront perçu les répercussions sur l'entourage d'un comportement individuel irresponsable.

ETAPE 3 - ALCOOL ET REGLEMENTATION

Objectif

Il s'agit de faire connaître aux élèves le contenu des textes législatifs réglementant la vente et la consommation d'alcool. De plus, il sera nécessaire de rappeler les exigences de non-consommation de boissons alcoolisées dans certaines situations : conduites de véhicule (vélo, moto, auto), poste de travail.

De quoi parle-t-on ?

- de l'aspect licite de la circulation de l'alcool : contrairement à certains produits (cannabis, cocaïne, etc.), l'alcool n'est pas une substance interdite. Cependant, il convient de souligner auprès des adolescents que ce qui n'est pas interdit n'est pas pour autant totalement libre d'utilisation : les adolescents ont en effet tendance à penser que « si ce n'est pas interdit, on peut faire ce que l'on veut ». Cette étape doit leur permettre de prendre conscience de la signification de la notion de « cadre légal ».
- de l'existence des textes qui réglementent la production, la vente et l'usage des boissons alcoolisées.

Comment en parler et avec quels outils ?

Partir de la connaissance des élèves dans ce domaine devrait permettre de préciser les nécessaires informations à apporter et les rendre plus participatifs dans cette découverte des textes.

- **Questionnaire de connaissances**

L'élaboration d'une série d'affirmations dont les réponses seront à chercher de façon individuelle ou par petits groupes est la méthode la plus simple.

Exemples :

1. Je peux dans un café demander une bière à n'importe quel âge
Réponse : l'article L.85 de la loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme précise : « dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics, il est interdit de vendre ou d'offrir gratuitement à des mineurs de 16 ans des boissons alcoolisées à consommer sur place ou à emporter ».
2. Il est possible d'acheter un « pack » de bières ou une bouteille de vodka dans une grande surface à partir de 15 ans
Réponse : l'article sus-mentionné comporte les éléments de réponse
3. Un adulte peut acheter une boisson alcoolisée dans certaines stations services quelle que soit l'heure
Réponse : un alinéa de l'article L.68 de la même loi précise « il est interdit de vendre des boissons alcoolisées à emporter entre vingt-deux heures et six heures dans les points de vente des carburants ».

4. Il faut qu'il y ait faute ou accident pour que les forces de l'ordre aient le droit de vérifier l'alcoolémie

Réponse : L'article L.3 du code de la route autorise les forces de l'ordre à organiser un contrôle systématique des conducteurs lors d'opérations de prévention même en l'absence d'infraction ou d'accident

5. Le taux d'alcoolémie à respecter ne concerne pas les conducteurs de mobylette de 50 cc ou de vélo

Réponse : tout conducteur d'engin, que ce soit engin motorisé ou non, est concerné par cette mesure.

6. Si je vois une voiture ou un autre engin motorisé ou non circuler de façon dangereuse, je ne peux rien faire

Réponse : l'article L.223-6 du Code pénal précise : « quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour des tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité de la personne, s'abstient volontairement de le faire est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

7. Le chef d'atelier n'a pas le droit d'empêcher quelqu'un de travailler sur une machine, même s'il pense que cette personne a bu

Réponse : les éléments de réponse sont contenus dans l'article sus-cité et complété par l'art. L 232-2 du code du travail qui précise « il est interdit à tout chef d'établissement, directeur, gérant, préposé, contremaître, chef de chantier et, en général, à toute personne ayant autorité sur les ouvriers et employés, de laisser entrer ou séjourner des personnes en état d'ivresse ».

- **Recherche documentaire**

Les élèves doivent rechercher eux-mêmes les textes concernant les points évoqués ci-dessus et découvrir la réalité de la prise en compte, dans des textes officiels, des consommations de boissons alcoolisées et de leurs effets : loi Evin, réglementation des débits de boissons, code de la route, etc...

Au terme de cette étape

Les élèves auront pris conscience de l'existence d'une réglementation précise encadrant la vente et l'usage d'alcool. Ils percevront ainsi qu'en dépit de la banalisation de la consommation d'alcool dans la société, la loi s'attache à protéger les mineurs et à prévenir les conséquences d'une consommation abusive d'alcool.

ETAPE 4 – OU TROUVER DE L'AIDE ?

Objectif

Résister à la pression du groupe, vouloir ne pas se conformer aux idées reçues, choisir de rester seul maître de sa décision de consommation - ou non consommation – peut nécessiter l'aide d' un adulte. Prendre conscience de sa propre difficulté à gérer une tendance à la consommation excessive, ou vouloir attirer l'attention d'un ou d'une camarade sur une habitude déjà dangereuse suppose de trouver de l'aide parfois même de l'aide spécialisée.

De quoi parle-t-on ?

- **Des modes de consommation et de leurs dangers**

Comme pour d'autres produits (voir contenu des séances des 3ème-2nde), il existe différentes formes de consommation d'alcool qui sont un indicateur précieux pour aider l'adolescent à évaluer sa « relation » à l'alcool. Savoir s'il lui arrive de boire de façon régulière ou occasionnelle, savoir si ce besoin de consommer devient non contrôlable, autant d'indicateurs qui permettront à l'adolescent de prendre conscience de l'éventuelle nécessité pour lui de se faire aider.

- **De l'inégalité des individus face à l' alcool**

Face à la consommation d'alcool, chacun réagit différemment selon sa corpulence, son état de santé physique et psychique, homme ou femme, et selon le moment de la consommation. Si cet état de fait est une réalité, cela ne doit pas permettre de penser que l'on peut dépasser les limites sous prétexte que l'on « tient bien l'alcool »

Comment en parler et avec quels outils ?

L'intervenant recherche avec les élèves les personnes ressources qui peuvent leur apporter écoute et soutien dans leur entourage proche : personnels de santé, enseignants, etc.. Cette écoute et ce soutien doivent avoir pour objectif, non pas une aide thérapeutique qui n'a pas sa place dans l'institution scolaire, mais un accompagnement dans une démarche de recherche de soins vers les structures spécialisées.

Certaines sont en effet plus spécialisées dans l'information, la prévention et l'orientation en matière d'alcool :

- *des consultations* destinées aux jeunes consommateurs (et à leurs parents) existent dans tous les départements. Spécialisés pour l'alcool, le tabac ou les toxicomanies, elles sont anonymes et gratuites, avec des horaires adaptés aux jeunes scolarisés.
- *l'association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA)* est une association éducative complémentaire de l'enseignement public, elle est représentée au niveau départemental par les comités départementaux de prévention de l'alcoolisme (CDPA).

Il faut rappeler également l'importance du médecin généraliste, acteur indispensable du réseau de soins en alcoologie, qui est souvent proche des élèves et de leur famille.

Au terme de cette étape

Les élèves doivent pouvoir, s'ils en éprouvent le besoin, trouver dans leur entourage proche les renseignements nécessaires à la prise en charge d'un problème de consommation d'alcool qui les préoccupe.

Loin de se sentir rejetés, ils doivent au contraire trouver le réconfort d'être entendus et accompagnés dans leurs premières démarches .

2.7. SÉANCES 3ÈME – SECONDE

Contenus et démarche

OBJECTIFS

La mise en place d'une réflexion sur les consommations et plus spécifiquement sur le cannabis avec des élèves de 3^{ème} et de 2^{nde} a pour objectif de prévenir l'expérimentation du cannabis ou d'autres substances psychoactives.

Elle doit se situer dans une démarche de promotion de la santé et viser à :

- donner une information scientifiquement validée,
- développer chez les élèves des compétences leur permettant de faire des choix responsables,
- leur permettre d'intégrer et de s'approprier les lois et les règlements (loi Evin, loi de 1970, règlement intérieur),
- les rendre aptes à demander de l'aide pour eux et pour les autres.

Ce module comporte quatre étapes :

- Etape 1 : Les drogues, c'est quoi pour vous ?
- Etape 2 : Les drogues et la société
- Etape 3 : Choisir de ne pas consommer, est-ce difficile ?
- Etape 4 : A qui demander de l'aide ?

ETAPE I : LES DROGUES, C'EST QUOI POUR VOUS ?

Objectifs

Il s'agit, lors de cette première étape, de faire émerger collectivement les représentations des élèves en leur permettant d'exprimer leurs points de vue sur les drogues (produits, comportements ...).

Après, avoir permis l'émergence de ces représentations, il convient d'apporter des connaissances scientifiquement validées sur les produits et sur les conséquences des consommations, notamment sur les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis.

Seront abordés

- les effets physiologiques du cannabis (seul ou associé), suivant l'individu, suivant les contextes (festifs, professionnels, culturels, sportifs, conduite de véhicules, etc.)
- les effets psychologiques : troubles de la mémoire, de la concentration, perte de la vigilance...
- les risques à plus long terme : absentéisme, perte de liberté, déscolarisation, désocialisation.

De quoi parle-t-on ?

- **des drogues** : cette question paraît élémentaire, mais il faut préciser les idées qu'elle sous-tend. En effet, si l'on se représente les drogues uniquement comme des substances dont l'usage ou l'abus posent des problèmes graves, on risque de laisser de côté d'autres substances qui, pour une raison ou pour une autre, ne sont pas considérées comme des drogues par l'entourage immédiat. **Est une substance psychoactive toute substance qui altère la façon dont quelqu'un se sent, pense ou se comporte.** Cette description englobe l'alcool, le tabac et médicaments ainsi que d'autres drogues naturelles ou synthétiques (cf. Points de repères pour les intervenants).
- **des différents types de consommation de ces substances** : l'usage, l'usage nocif et la dépendance.
Pour les adolescents, il s'agit le plus souvent d'une consommation d'ordre expérimental ou occasionnel.
Il arrive que l'usage régulier de ces substances constitue une manifestation de difficulté sociale, un moyen de faire face aux difficultés de la vie ou une façon de marquer des transitions importantes, telles que le passage de l'enfance à l'adolescence.
- **des moments et lieux à risques** : la consommation, voire l'abus de drogues, peut être liée à des activités spécifiques (manifestations sportives ou festives, concerts...).
- **des raisons qui poussent à consommer** : raisons culturelles, identitaires, récréatives, compétitives, hédoniques, anxiolytiques, auto-médication ...

Comment en parler et avec quels outils ?

Il convient d'utiliser des outils d'animation qui favorisent l'expression de chacun, tels :

- **« Le remue-méninges »**

C'est une méthode collective pour produire des idées, des opinions, des préoccupations sans auto-censure en rapport au sujet proposé dans un temps limité. L'exercice se déroule en deux temps : l'un de recueil des énonciations spontanées du groupe, l'autre d'analyse des divers sens possibles des mots recueillis. L'animateur se trouve là dans une situation d'analyse de contenus. Il ne s'agit pas d'explicitier tous les mots ainsi recueillis mais de veiller à garder un fil conducteur en rapport avec l'objectif recherché.

- **« L'analyse de documents de presse et de supports publicitaires »**

Après avoir choisi un thème -cannabis, alcool, tabac ...- le groupe recueille des articles ou publicités, en analyse les contenus et présente les résultats de cette réflexion. Cette technique permet d'aborder la diversité des points de vue et facilite une approche plus objective du thème traité.

- **« Le débat »**

Il nécessite de poser quelques règles : la durée doit être précise, chacun peut s'exprimer sans être jugé, il n'y a pas d'obligation de s'exprimer, la confidentialité doit être respectée.

- **« L'expression »** à partir de supports déclencheurs (vidéo, audio...)

La créativité des élèves doit être favorisée. Elle peut prendre dans le suivi des séances ou dans un temps de préparation préalable diverses formes : réalisation d'affiches, de films, d'expositions, réunions, conférences ...

ETAPE II : LES DROGUES ET LA SOCIÉTÉ

Objectifs

Il s'agit d'amener les élèves à connaître la loi pour mieux la comprendre (les produits licites et illicites, usage détourné) en évoquant les sujets suivants :

- construction d'une loi, évolution des lois (rôle du contexte historique)
- déclinaison d'une loi et son application
- élaboration du règlement intérieur d'un établissement scolaire

De quoi parle-t-on ?

- **des différentes politiques publiques de lutte contre les drogues mises en place** : elles s'appuient sur l'action de structures et d'institutions chargées de faire appliquer la loi.
Il convient de faire prendre conscience que la législation a évolué dans le temps en fonction de facteurs scientifiques, médicaux et de caractéristiques sociologiques ou culturelles.
- **de la législation spécifique selon les produits** : stupéfiants, tabac, alcool.

Les stupéfiants : le cannabis

C'est un produit classé dans la catégorie des stupéfiants.

La loi du 31 décembre 1970 interdit et pénalise l'usage de toute substance classée comme stupéfiant (cannabis, cocaïne, héroïne, amphétamines, LSD, barbituriques et tranquillisants....). Elle prévoit la possibilité d'accès aux soins en alternative aux poursuites judiciaires : c'est l'injonction thérapeutique.

Il est important d'indiquer aux élèves les sanctions concernant l'usage, la détention ou le trafic de toute substance, y compris du cannabis.

L'alcool

- La loi Evin du 10 janvier 1991 interdit en ce qui concerne l'alcool, la publicité dans la presse et la diffusion de messages publicitaires pour la jeunesse, la vente et la distribution de boissons alcoolisées dans tous les établissements d'activité physique et sportive.
- La loi du 31 octobre 1990 et le code de la route prévoient des contrôles d'alcoolémie dont le taux légal maximal est fixé à 0,5 g/litre de sang.
- Le code de l'éducation (article L.312-17) préconise une information dans les collèges et les lycées relative aux conséquences de la consommation d'alcool par les femmes enceintes sur le développement du fœtus.

Le tabac

La loi Evin de 1991 interdit toute publicité directe ou indirecte en faveur des produits du tabac, interdit de fumer dans les lieux fermés affectés à un usage collectif et dans les lieux non couverts des écoles et des établissements scolaires pendant le temps de leur fréquentation par les élèves. La vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans est interdite

Les produits dopants

La loi du 23 mars 1999 vise à encadrer la surveillance médicale des sportifs et renforce les sanctions pénales et administratives des pourvoyeurs. A ce titre, tous les stupéfiants et les stimulants font partie de la liste des produits recherchés au cours des compétitions sportives. Leur présence dans les urines entraîne une sanction qui sera de 2 ans de suspension lorsque le code mondial antidopage et les conventions internationales seront adoptés (en 2006).

- ***de l'économie souterraine*** à laquelle contribue le trafic de drogues, notamment du cannabis.
- ***du règlement intérieur dans l'établissement scolaire*** : il organise le fonctionnement et la vie scolaire. Il intègre les dispositions législatives en vigueur. Il est rédigé avec les principales composantes de la communauté éducative, présenté et voté en conseil d'administration.

Comment en parler et avec quels outils ?

Il s'agit de favoriser la réflexion des élèves et de les amener à s'exprimer :

- au cours d'un débat organisé en classe, en faisant émerger leurs connaissances sur les lois (par exemple : que savent-ils des sanctions prévues pour l'usage, la détention, le trafic de cannabis ?) ;
- à partir d'une recherche documentaire ou d'une mini-enquête conduite en amont de la séance ;
- autour de l'analyse du règlement intérieur : discussion sur le règlement intérieur de l'établissement et comparaison avec un ou deux règlements d'établissements voisins afin aboutir à des propositions à faire au conseil d'administration.

ETAPE III : CHOISIR DE NE PAS CONSOMMER, EST-CE DIFFICILE ?

Objectifs

Il s'agit de développer chez les élèves :

- l'estime de soi, la responsabilisation et l'autonomie par rapport à des pressions extérieures les incitant à consommer ;
- la connaissance de soi pour qu'ils acquièrent des compétences psychosociales complémentaires.

A cette occasion, il faudra mettre en évidence la pression du groupe, des lobby et des media, la perte de liberté, le risque de manipulation.

De quoi parle-t-on ?

- **du développement des compétences psychosociales (facteurs de vulnérabilité et de protection)**
- **du rôle du groupe à l'adolescence**
- **de la capacité de résistance aux pressions**

Pour aider les élèves à s'approprier les compétences psychosociales¹⁵ leur permettant de faire face aux situations difficiles, il est nécessaire de favoriser une prise de conscience afin d'aboutir à l'autonomie et la responsabilisation. Ces compétences s'acquièrent progressivement tout au long du développement de l'enfant ou de l'adolescent.

Les facteurs liés au milieu de vie sont déterminants. En effet, à l'adolescence, le sentiment d'appartenir à un « groupe social », que ce soit la famille, les pairs, la classe... joue un rôle important dans le choix des attitudes de consommation.

Comment en parler et avec quels outils ?

Il convient d'utiliser des outils d'animation qui favorisent l'expression de chacun, tels :

- **le « jeu de rôle »**. C'est une mise en situation à partir de consignes précises. L'animateur propose un scénario. Quelques élèves « acteurs » jouent la situation face au reste du groupe. Au bout d'un temps déterminé, les acteurs et les observateurs échangent autour de ce qui vient de se passer. Les uns expriment leur vécu en tant qu'acteurs, les autres, leur ressenti, en tant qu'observateurs par rapport à la situation jouée. Le jeu de rôle aide à prendre conscience des difficultés d'une situation. Il permet de mettre en évidence des réflexions individuelles sur des comportements, des blocages ou incompréhensions possibles. A l'issue de cet échange, l'animateur reprend collectivement ce qui relève des compétences psychosociales acquises ou à développer.

¹⁵ « Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres ». OMS 1993

- **l'« étude de cas »**. Une situation écrite est proposée à chaque participant pour qu'il l'analyse en vue de soumettre ultérieurement au débat son point de vue argumenté.
Le débat rassemble ensuite un sous-groupe ou la classe entière.
L'étude de cas demande à être préparée en fonction des objectifs recherchés avec des indications claires. On peut proposer 2 à 3 scénarios par étude de cas.
- **l'« Histoire à tiroirs »**. Il s'agit de faire réfléchir un groupe d'élèves à une histoire mettant par exemple en scène une situation de consommation de cannabis, dont le scénario est découpé en plusieurs petits chapitres. Elle a pour objectif de permettre au groupe d'émettre plusieurs hypothèses mettant en jeu les compétences psychosociales.

ETAPE IV : A QUI DEMANDER DE L'AIDE ?

Objectifs

Résister à la pression du groupe, choisir de ne pas consommer peuvent rendre nécessaires le besoin d'aide auprès d'un adulte.

Dans cette 4^{ème} étape, il convient de faire prendre conscience aux élèves des modes de consommation : consommation occasionnelle, régulière ou quotidienne, en donnant les informations nécessaires permettant d'obtenir aide et conseil :

- pour ne pas consommer
- pour diminuer ou arrêter sa consommation

De quoi parle-t-on ?

- **des modes de consommation et de leurs dangers** : ils ont profondément évolué et la poly-consommation s'est banalisée. Cette consommation peut prendre la forme, soit d'une poly-consommation (plusieurs substances au même moment : tabac, alcool, médicament), soit d'une consommation successive dans le temps de différents produits (tabac puis antidépresseur, puis cannabis..).
- **de quelques repères** permettant une auto évaluation d'une éventuelle consommation de cannabis (voire de tabac ou d'alcool).
- **des ressources sur lesquelles les élèves peuvent s'appuyer** : d'une part, dans leur entourage proche, la famille, les amis, les membres de l'équipe éducative ; d'autre part, les structures spécialisées et les lieux d'information et d'accueil (points écoute, numéros verts, consultations cannabis....).

Comment en parler et avec quels outils ?

L'intervenant présentera des outils et des ressources.

Il pourra indiquer l'existence de tests d'auto évaluation des consommations. Ces outils sont présentés au groupe pendant les séances.

Ils peuvent être utilisés à titre individuel :

- en milieu scolaire, lors d'un entretien à l'infirmerie ou à l'occasion d'un bilan de santé, et en aucun cas en classe ;
- dans les lieux labellisés « consultation cannabis », consultations anonymes et gratuites destinées aux jeunes et aux parents.

L'intervenant pourra aussi utiliser les affiches, les spots radio et les séquences TV de la campagne de prévention cannabis (février 2005). Cette campagne s'appuie sur les témoignages de jeunes consommateurs, fait référence aux effets du cannabis qui font consensus dans la communauté scientifique et renvoie sur la ligne *Ecoute cannabis* ou oriente vers la « consultation jeunes consommateurs » la plus proche.

Il pourra aussi faire réaliser un répertoire d'outils et de ressources servant de document de référence pour l'établissement.

2.8. SÉANCES 1ÈRE – TERMINALE

Contenus et démarche

OBJECTIFS

Les enquêtes récemment réalisées sur les consommations et les modes de consommation des jeunes de 16 à 18 ans, voire plus, soulignent quelques spécificités qu'il est nécessaire de connaître pour intervenir dans les classes de 1^{ère} et terminales.

Il apparaît en effet que la consommation de plusieurs produits (ce que l'on appelle « polyconsommations ») est relativement fréquente et que l'usage régulier s'installe, en particulier celui de l'alcool.

S'il convient, lors des interventions, de rappeler les effets nocifs des produits, cette seule information est insuffisante et la réflexion sur les motivations à l'origine d'un comportement de consommation est ici particulièrement importante.

Permettre la parole des élèves et leur expression sur leurs perceptions, leurs motivations est absolument indispensable. Cette démarche suppose que l'accompagnement de leur réflexion soit conduite par deux intervenants qui, dans la préparation de la séance, définiront leur mode d'intervention : chacun saura ainsi s'appuyer sur son « binôme » pour construire les réponses à apporter.

De quoi parle-t-on ?

- de la vie quotidienne de jeunes, qui vivent cette période charnière entre la sortie de l'enfance et l'entrée dans l'âge adulte :
 - le « choc » des transformations physiques liées à la puberté est dépassé, des difficultés peuvent persister dans l'« apprivoisement » de cette « enveloppe physique » avec laquelle l'adolescent ou l'adolescente doit vivre : les images d'idéal renvoyées par la société, les diktats de la mode ne facilitent pas toujours cette démarche et peuvent contribuer au mal-être des jeunes dans cette tranche d'âge,
 - le contexte scolaire contribue lui aussi à cette pression : les exigences du système scolaire, avec les premiers examens et l'approche du baccalauréat, les orientations scolaires plus ou moins choisies ou subies, les perspectives d'entrée plus ou moins proches dans la vie professionnelle concrétisent la fin de l'enfance,
 - mais c'est aussi une période riche de promesses et de désir d'engagements, qu'ils soient d'ordre sentimental (il n'est pas rare à cet âge de voir des relations de « couple »), social ou politique. Les événements de la société montrent bien l'implication des lycéens dans les grandes causes qui les touchent.
- du « stress » si souvent évoqué par les jeunes eux-mêmes
Le stress est généré par un déséquilibre entre les attentes qui pèsent sur l'adolescent et ses capacités à y répondre de façon satisfaisante. Il peut entraîner surmenage, tension, anxiété et, s'il se prolonge, se traduire par de l'angoisse et des comportements de fuite qui conduisent à des consommations de produits, non plus festives, mais régulières dont l'action psychoactive peut apporter l'illusoire réconfort recherché.

- des produits utilisés et de leur mode de consommation
Les premières expériences de l'alcool, du tabac et du cannabis ont souvent été faites par les élèves dans les années précédentes. Certains sont devenus fumeurs dépendants et la consommation d'alcool et de cannabis a pu s'installer sur un mode régulier et parfois intensif : ivresses des week-end, consommation pluri-hebdomadaire, voire quotidienne de cannabis. Chez une petite fraction de ces jeunes, ces consommations retentissent sur les études, les activités et les relations. C'est ce qu'on appelle l'usage nocif.
A ceci s'ajoute l'apparition de produits plus spécifiques à cette tranche d'âge : les drogues de synthèse, rencontrées souvent dans un contexte festif.
Par ailleurs, on constate une augmentation de l'usage de médicaments du type anxiolytiques, antidépresseurs, somnifères, sans contrôle médical.
- de la loi et de ses obligations, avec le nouveau « statut » de certains élèves des classes de terminales : la majorité à 18 ans donne certes de nouveaux droits aux lycéens mais elle suppose aussi des devoirs et des responsabilités nouvelles que les élèves doivent connaître.

Comment en parler et avec quels outils ?

Ces modes de consommation chez les jeunes devenus plus autonomes vis à vis de la famille et des adultes, et dont les comportements et les attitudes se façonnent au sein de leur groupe de pairs, conduisent à privilégier des modes de participation encore plus actifs. Ils reposent sur l'expression des perceptions et des expériences des élèves et sur la construction, avec eux, d'arguments d'analyse objective des effets des produits et des modes de consommation, mais aussi sur construction de stratégie d'aides ou de réponses aux problématiques soulevées.

1. La prise de conscience

Les intervenants en binôme privilégieront les outils d'animation tels que :

- *le débat*
La thématique choisie, qui doit être assez précisément définie au début de la séance pour éviter tout débordement non constructif, nécessite la mise en place de règles de « bonne conduite » présidant à tout débat : chacun parle à son tour en demandant la parole, chacun doit écouter sans émettre de jugement sur la personne qui s'exprime mais apporter éventuellement des arguments de discussion, etc...
- *la lecture attentive des textes de loi* et la façon dont le règlement intérieur d'un établissement les décline, permet les échanges et favorise la réflexion. Il pourra ainsi être mis en évidence la manière dont la société intègre les interdits, les risques, les conséquences sur la santé ; comment une démarche de santé publique prend en compte ces différents paramètres ; comment les lois évoluent dans une même société à travers les années, comment les pays peuvent gérer de façon différente les problèmes liés à la consommation de produits psychoactifs.
De même, l'étude du code pénal, les notions de « délit », voire de « crime » apportent des indications précises sur un savoir souvent flou basé sur le « on-dit ».
La présence d'un magistrat enrichira les échanges en précisant le contenu et le sens de la loi.
- *la présentation de documents* apportant les notions concrètes de la consommation comme les résultats de l'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la

Défense (ESCAPAD)¹⁶ donne une assise objective aux échanges et permet aux élèves d'avoir des informations chiffrées et actualisées sur les consommations à 17 ou 18 ans, à partir des déclarations des jeunes eux-mêmes lors de la J.A.P.D¹⁷.

Cet éclairage par les chiffres peut aider à une prise de conscience collective par les élèves de l'actualité de la consommation des jeunes de leur âge et permettre les échanges autour des motifs de cette utilisation de produits.

- *l'abaque*

Il s'agit d'une formule simplifiée de l'Abaque de Regnier, qui est un outil pédagogique déposé. Cet exercice permet le débat à partir d'affirmations en proposant volontairement des idées préconçues, des a priori mais aussi des vérités reconnues. Les prises de position autour de ces affirmations conduisent à identifier les opinions de chacun et à construire un argumentaire pour passer de l'opinion à la réflexion.

Cet exercice se déroule comme suit :

- l'intervenant énonce les affirmations ;
- chaque élève dispose pour donner sa réponse d'un carton comportant une lettre de l'alphabet qui l'identifie : s'il est d'accord, il lève ce carton, s'il n'a pas d'avis, il le garde à mi-hauteur, s'il n'est pas d'accord, il le pose sur la table ;
- un tableau à double entrée permet de collecter les opinions de chaque élève face à une affirmation proposée ;
- toutes les propositions sont énoncées à la suite, les réponses recueillies dans le tableau, sans commentaires, ni de la part des élèves, ni de celles des intervenants ;
- au regard du tableau, les intervenants mettent en évidence la diversité des opinions et représentations ;
- pour engager le débat, on demande à deux élèves d'opinions opposées sur la même proposition d'argumenter leurs choix, chacun pouvant se faire aider par un élève ayant le même avis. Ainsi, peu à peu, l'ensemble du groupe participe à la discussion.

Comme dans toute activité, l'intervenant doit garder à l'esprit les objectifs qu'il entend poursuivre, dont dépend d'ailleurs la formulation des propositions.

Exemple d'affirmations proposées au débat :

- la consommation d'un produit, même de façon régulière, peut cesser sur la simple volonté de celui qui consomme ;
- l'alcool et le tabac ne sont pas des drogues puisque l'état prélève des taxes ;
- la consommation d'ecstasy, parce qu'elle a lieu souvent dans un contexte de fête, ne provoque pas de dépendance ;
- parce qu'il fait disparaître une souffrance psychique, un produit psychoactif est utile ;
- en classe d'examen, il est nécessaire de prendre des produits qui aident ;
- boire de la bière quand on est enceinte, même régulièrement, n'est pas dangereux. C'est peu alcoolisé ;
- c'est exagéré que le règlement intérieur interdise les consommations de produits comme le tabac ou la bière.

¹⁶ Les résultats de l'enquête ESCAPAD sont à consulter sur le site de l'OFDT

¹⁷ J.A.P.D : Journée d'Appel et de Préparation à la Défense

2. La recherche de réponses

Dans la phase de discussion, les élèves expriment les contextes et les motivations des consommations des différents produits. Parmi ces motivations, le stress est souvent cité.

La discussion et les autres techniques d'animation devront permettre de faire émerger d'autres façons de faire face à des situations difficiles, individuellement ou avec le soutien de proches ou encore collectivement : capacité à refuser une consommation, contrôle au sein du groupe, argumentaire pour défendre sa position, éviter les situations de consommation, etc...

Des autotests permettent d'évaluer de façon individuelle la consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis. S'il n'est pas souhaitable d'utiliser ces tests en classe, il peut être cependant utile de signaler leur existence aux élèves et leur permettre ainsi d'évaluer leur consommation personnelle.

Il peut être également intéressant d'envisager un projet plus large s'inscrivant dans la politique de l'établissement, projet d'activités destinées aux élèves visant à l'apprentissage de la gestion du stress, comme certains programmes peuvent le proposer. Il importe alors de bien s'assurer de l'origine, du contenu et de la finalité des activités proposées.

Au delà des orientations vers les personnes ressources à l'intérieur de l'établissement (personnel de santé et social), il peut être nécessaire de construire avec les élèves eux-mêmes un « carnet d'adresses » des ressources locales de structures extérieures de soin et d'accompagnement.

Au terme de cette démarche

Les élèves auront pu s'exprimer sur le mal-être plus ou moins important qu'ils vivent à cette période de leur vie, en particulier dans le domaine scolaire.

Cette reconnaissance de leurs difficultés devra les avoir confortés dans leur volonté de trouver de l'aide auprès des adultes qui les entourent.

Ils auront également acquis une information suffisante sur les effets et les risques, auront intégré des aptitudes à faire face aux pressions, à éviter les situations à risques et à rechercher de l'aide en cas de consommation nocive.

Les élèves devront être en capacité d'évaluer leurs consommations, d'en comprendre les motivations individuelles et les déterminants collectifs liés à la pression du groupe, aux effets de mode, à la publicité, etc...

Ils auront une connaissance précise des lois concernant la consommation et la vente des produits licites mais aussi une connaissance du cadre légal en matière de consommation, de détention, voire de trafic de stupéfiants.

Ils devront être encouragés dans leur démarche d'analyse d'une éventuelle dépendance et orientés si besoin vers les structures d'aides nécessaires.

Ils auront perçu l'intérêt de la réflexion sur ce sujet, de leur participation à la vie de l'établissement à travers par exemple les actions du conseil de la vie lycéenne, de la maison des lycéens, ou du comité d'éducation pour la santé et la citoyenneté.

III - ANNEXES

1 – QUELQUES CRITÈRES POUR UNE « ÉCOLE EN SANTÉ »

Une « école en santé » est une école qui veille à :

- Construire le programme de promotion de la santé à partir des attentes, des demandes, des besoins des élèves.
- Promouvoir activement l'estime de soi de chaque élève.
- Favoriser les bonnes relations entre enseignants et élèves et entre les élèves eux-mêmes.
- Faire percevoir clairement aux élèves et aux enseignants le projet pédagogique et les objectifs de l'école.
- Mobiliser les élèves dans des activités stimulantes incitant à un mode de vie favorable à leur santé.
- Proposer un environnement protecteur aux élèves.
- Fonder des relations solides entre l'école et le milieu familial.
- Etablir des liens continus entre l'enseignement à l'école maternelle, l'enseignement à l'école élémentaire et l'enseignement secondaire associés pour élaborer des programmes d'éducation cohérents, progressifs et complémentaires.
- Promouvoir activement la santé et le bien-être du personnel enseignant et du personnel d'encadrement.
- Entretenir des liens partenariaux locaux propices au développement de la prévention se fondant sur des valeurs communes et proposant des réponses cohérentes.
- Permettre aux élèves de s'approprier des moyens de se construire, comme personne et comme citoyen.

*Librement inspiré du livret « le réseau européen d'écoles en santé »,
Action commune OMS-CE-CCE, Copenhague, 1993*

2 – PROGRAMMES VALIDÉS DE PRÉVENTION¹⁸

1. SYNTHÈSE DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

Des centaines de programmes de prévention de l'usage de substances psychoactives et de la violence chez les enfants et les adolescents sont en cours dans les pays anglo-saxons. De nombreuses études d'évaluation ont été menées ces 30 dernières années et environ une quarantaine de programmes a pu démontrer son efficacité (Cuijpers, 2002 ; Department of Health and Human Services (US), 2001). Parmi ces programmes validés, certains ont été largement diffusés et quelques uns ont été implantés dans d'autres pays.

Les actions de prévention contre la consommation abusive de substances psychoactives, la violence, la délinquance sont fréquemment regroupées que ce soit au sein d'un même programme ou bien dans les revues de littérature ou les bases de données de programmes. En effet, ces problèmes de santé publique et de société particulièrement préoccupants ont des facteurs de risques identiques et font donc appel à des méthodes d'interventions communes (Webster-Stratton & Taylor, 2001).

Les facteurs de risque

Plusieurs facteurs de risque, le plus souvent interreliés, peuvent être identifiés : difficultés rencontrées par les parents dans l'éducation de leurs enfants, faibles compétences cognitives, émotionnelles et relationnelles chez le jeune, difficultés avec le milieu scolaire (pas de réponses adaptées de la part des enseignants, absence de lien avec les parents, échec scolaire...), l'influence du réseau social de proximité (appartenance à des groupes de pairs « déviants ») et le contexte environnemental (quartiers défavorisés, économie souterraine, moindre accès à la culture, etc.) (Domitovich & Welsh, 2000 ; Lemarquand, Tremblay & Vitaro, 2001 ; Webster-Stratton & Taylor, 2001). La plupart des troubles de comportements prennent naissance dès la petite enfance ; des difficultés relationnelles au sein de la famille associées à une fragilité individuelle entraînent un attachement et des interactions parents-enfant problématiques. Les schémas comportementaux et émotionnels développés au sein du milieu familial s'étendent ensuite au milieu scolaire qui, la plupart du temps, n'est pas préparé à faire face à ce genre de difficultés. S'en suivent des difficultés scolaires et des problèmes relationnels qui s'enchevêtrent pour finalement atteindre différents niveaux (avec les professionnels, les autres jeunes, les parents et les voisins). À l'adolescence, le jeune qui ne trouve plus sa place ni au sein des institutions classiques ni au sein de sa famille avec laquelle il est le plus souvent en conflit ou en rupture a tendance à se tourner vers des pairs qui partagent ses difficultés. Il fréquente alors des milieux qui ne font qu'accentuer ses problèmes d'intégration sociale ; la violence, les comportements délinquants et la fuite dans les substances psychoactives sont alors renforcés. (Domitovich & Welsh, 2000).

¹⁸ Texte rédigé par Pierre ARDWIDSON, Institut National d'Éducation pour la Santé

Les méthodes de prévention efficaces

Les méthodes auxquelles ont recours les programmes de prévention validés cherchent à agir sur les différents facteurs de risque et à contrer la spirale des problèmes. On peut distinguer celles qui sont centrées sur le jeune, les parents, les enseignants et l'environnement.

Les méthodes qui visent à développer les compétences sociales, émotionnelles et cognitives des enfants et des adolescents sont parmi les méthodes les plus efficaces et les plus développées (Department of Health and Human Services (US), 2001). Les programmes de prévention sélective et indiquée se centrent plus particulièrement sur le développement des capacités d'auto-régulation, de gestion de la colère, de relation avec les pairs, de résistance à la pression des pairs (Domitovich & Welsh, 2000). La plupart du temps, ces méthodes sont utilisées dans des programmes en milieu scolaire (écoles maternelles, primaires et collèges).

Les premières actions de ce type ont été mises en place aux USA au début des années 80 (« Interpersonal Cognitive Problem Solving Program », Shure et Spivack, 1982). Depuis la majorité des programmes de prévention intègrent cette dimension, que ce soit les programmes de prévention universelle (Ex. « Life Skills Training », « I can problem solve », « Second Step », « Promoting alternative Thinking Strategies »...) ou les programmes de prévention sélective et indiquée (Ex. "Anger Coping Program", "Peer Coping Skill", "Perry Preschool Project"...))

D'autres méthodes complémentaires visent à *améliorer les compétences éducatives et relationnelles des parents* : développement des capacités de soutien et de renforcement positif, formation à la gestion de la colère, apprentissage de techniques de communication parents-enfants, etc. Ces techniques viennent souvent en appui d'interventions centrées sur les compétences des jeunes, en particulier dans les programmes de prévention sélective ou indiquée (Ex. « Helping the noncompliant child », « Incredible Years Parenting Series », the «Fast Track Program»). *Les visites de professionnels et le suivi à domicile* de femmes en difficulté pendant la grossesse et durant la petite enfance est aussi une méthode qui a démontré son efficacité (Ex. « Home Visiting Program in Seattle, « Prenatal and Infancy Home Visitation by Nurses »).

Que ce soit dans les programmes de prévention universelle, sélective ou indiquée, *la formation des enseignants* est une méthode de prévention efficace qui s'est largement développée ces dernières années. Elle vise à favoriser la mise en oeuvre d'un enseignement coopératif, d'un management proactif, d'une organisation et d'une discipline plus adaptées, de renforcements sociaux positifs, de capacités à résoudre les problèmes, etc. Au sein d'un programme, la formation des enseignants est quasiment toujours associée à une autre méthode (Ex. « Seattle Social Development Project », « Incredible Years Series », « School Transitional Environment Program »...).

D'autres méthodes de prévention vise à agir sur l'environnement du jeune ; que ce soit *l'environnement scolaire* (mise en place de tuteur, formation des professionnels, réalisation d'activités dans l'école, développement des liens entre les parents et les enseignants...) (Ex. « Linking the Interests of families and Teachers », « The Fast Track Program », « STEP »...) ou *l'environnement social* (relation privilégiée avec une adulte support « Mentoring ») (Ex. BigBrother/Big Sister of America...)

Les caractéristiques des programmes efficaces

Les recherches réalisées ces 20 dernières années sur les facteurs de risque et de protection et sur l'évaluation des programmes de prévention permettent aujourd'hui de dégager les caractéristiques des interventions efficaces. (Greenberg, Domitrovich, Bumbarger, 2001)

Intervention utilisant des méthodes interactives

Les programmes de prévention contre la violence et les toxicomanies se révèlent efficaces lorsqu'ils utilisent des modalités interactives et expérientielles (jeux de rôles, mises en situation, travaux pratiques sur le ressenti et les émotions, etc.) plutôt que des méthodes didactiques. (Chou, Montgomery, Pentz, Rohrbach, Johnson, Flay & Mackinnon, 1998 ; Cuijpers, 2002 ; Webster-Stratton & Taylor, 2001). La plupart des méthodes de prévention efficaces ont été présentées dans la partie précédente ; celles-ci doivent être choisies en fonction de la population cible (universelle ou groupe à risque) et de l'âge des enfants. Il est, par exemple, recommandé de travailler sur des compétences plus spécifiques pour des groupes à risque (gestion de la colère, capacité d'auto-régulation...) (Domitovich & Welsh, 2000) et des compétences plutôt d'ordre social pour les adolescents (relations avec les pairs, capacités à résister à la drogue...) (Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin, & Diaz, 1995).

Interventions précoces

Afin de prévenir l'apparition de troubles et de pathologies avérées (troubles des conduites, personnalité anti-sociale, addictions...), les programmes doivent agir sur les facteurs de risque et de protection le plus tôt possible. Des études ont montré que les tendances agressives se cristallisaient aux environs de 8 ans (Bron, 1990 in Webster Stratton & Taylor, 2001). Il semble donc important de pouvoir mettre en place des programmes de prévention dès l'école maternelle avant que les comportements anti-sociaux ne se soient installés.

Interventions inscrites dans la durée

Les programmes brefs produisent des effets à court terme. Afin de maintenir les bénéfices dans la durée, il est important que le temps d'intervention soit suffisamment important (plus de 20 heures pour les enfants et les parents selon Webster-Stratton et Taylor (2001)) et que les programmes se déroulent sur plusieurs années. Des études ont montré que les bénéfices des programmes de prévention à l'école étaient diminués quand les interventions n'étaient pas poursuivies au collège (Scheier, Botvin, Diaz, Griffin, 1999).

Interventions agissant sur plusieurs facteurs

Des armées de recherche ont montré que les interventions les plus efficaces étaient celles qui intervenaient à plusieurs niveaux (Lemarquand, Tremblay & Vitaro, 2001). Les effets des programmes centrés sur les compétences psycho-sociales des jeunes sont renforcés lorsqu'ils sont associés à des interventions réalisées auprès des familles et du milieu scolaire (Webster-Stratton & Taylor, 2001). Ainsi, les programmes les plus performants et les plus récents mettent en place des actions coordonnées qui proposent des apprentissages cohérents mettant en lien différents acteurs (jeunes, parents, enseignants, professionnels, associations...) (Chou et al., 1998 ; Cuijpers, 2002 ; Webster-Stratton & Taylor, 2001).

Interventions s'assurant de la qualité de l'implantation

La qualité et la fidélité de l'implantation est aussi importante que les propriétés du programme choisi (Department of Health and Human Services (US), 2001 ; Lipsey, 1992 ; Petersilia, 1990). Les caractéristiques de la population cible et de l'environnement doivent être largement considérées. Le Center of Disease Control (CDC) insiste aussi fortement sur les compétences, la formation et la supervision des équipes qui interviennent sur le terrain. Ces personnes doivent avoir une grande

connaissance du programme et du milieu; elles doivent être à l'aise avec la dynamique des groupes et avoir d'importantes capacités relationnelles (Department of Health and Human Services (US), 2001).

Conclusion

Après plus de 20 années de pratique et de recherche dans le domaine de la prévention de la violence et de l'usage de substances psychoactives, des programmes efficaces se sont largement développés dans les pays anglo-saxon. En France, il semble que les actions de prévention contre la drogue soit en progression dans les établissements scolaires (Rapport Inserm, 2001). Cependant, la majorité de ces interventions seraient ponctuelles et restreintes à la transmission d'informations (produits, effets, et risques associés aux usages), modalité dont on connaît le faible niveau d'efficacité. Peu d'actions semblent porter sur les compétences sociales, cognitives et émotionnelles des jeunes. La formation et l'association des enseignants et parents aux actions restent sommaires. Quant aux effets des interventions, ils ne sont pas identifiés de manière objective. En effet, les méthodes d'évaluation utilisées recourent rarement à des protocoles standardisés, mais relèvent plutôt d'une description d'actions accompagnée d'éléments d'appréciation impropres à déterminer l'impact de l'intervention.

2. EXEMPLES DE PROGRAMMES DE PREVENTION VALIDES

Exemple de programme indiqué : *Montreal Prevention Experiment* (Tremblay, Montreal)

Montreal Prevention experiment vise à réduire les comportements agressifs chez les enfants âgés de 7 à 9 ans présentant déjà des troubles de comportements. Il s'agit d'un programme à composantes multiples centré sur les facteurs de risques associés aux enfants et aux parents.

L'intervention réalisée auprès des enfants cherche à favoriser le développement des compétences sociales, cognitives et émotionnelles (auto-régulation, comportement pro-social...) grâce à des techniques de jeux de rôle, de coaching et de travail avec les pairs. Cette intervention se déroule au sein du milieu scolaire sur 2 années. L'autre partie du programme porte sur les parents. Une formation aux renforcements positifs, aux résolutions de problèmes et aux méthodes éducatives non basées sur la punition est proposée au cours d'une trentaine de sessions réalisées sur 2 années.

Un important protocole d'évaluation a été associé à ce programme de prévention, avec en particulier des mesures de suivi à 4-5 ans. Il a ainsi pu être démontré que les enfants ayant bénéficié de cette intervention présentaient, à l'âge de la pré-adolescence, moins de comportements agressifs et délinquants et moins de consommations abusives d'alcool et de drogues.

Exemple de programme universel : *Life Skills Training* (G. Botvin, USA)

Life Skills Training est un programme de prévention contre le cannabis, le tabac et l'alcool de type universel en milieu scolaire (collège, école primaire). Il s'agit d'un programme éducatif interactif étalé sur trois années visant à développer les facteurs psycho-sociaux de protection : habiletés sociales (affirmation de soi, résolution de conflit, communication), compétences psychologiques (image de soi, gestion de l'anxiété et de la colère, prise de décision), produits psychoactifs et compétences pour résister à la pression sociale.

Il existe un programme spécifique pour l'école primaire (8-11 ans) et un autre pour le collège (11-14 ans). Chacun des programmes est composé de 30 sessions (15 sessions la première année, 10 la deuxième, 5 la dernière année). Chaque session, d'une durée approximative de 45 minutes, porte sur un thème spécifique (ex. : capacité à résister à la pression des pairs) et s'appuie sur des lectures, des discussions, des exercices pratiques et du coaching. Les sessions sont accompagnées par des exercices à faire à la maison. Elles sont animées par les enseignants eux-mêmes ou par des intervenants extérieurs ayant été formés au programme. Des manuels (un pour l'enseignant et un pour l'étudiant) servent de support à la formation.

Life Skill Training Program a été développé et évalué depuis une vingtaine d'années. Une quinzaine d'études évaluatives ont pu démontrer son efficacité sur la réduction de la consommation (à court et à long terme). Le taux de consommation de cannabis, d'alcool et de tabac serait 59 % à 75 % plus faible (selon les études) dans le groupe ayant bénéficié du programme comparativement à un groupe contrôle. 6 ans après, cette réduction se maintiendrait à environ 45 %.

Exemple de programme anglo-saxon implanté en France : *Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle* (M. Fortin)

Le programme *Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle* a été adapté au système scolaire français par Jacques Fortin, professeur en sciences de l'éducation à l'université de Lille. Il a été implanté dans différents établissements français sans être généralisé (Fortin, 2001). Ce programme, qui s'adresse aux élèves de l'école maternelle et de l'école élémentaire, cherche à lutter contre la violence en favorisant le développement de la santé mentale.

Différentes capacités psychosociales sont travaillées : « avoir confiance en soi, savoir exprimer ses émotions et repérer celles des autres, être attentif à l'autre, aider et être solidaire, respecter les règles et les lois, savoir gérer les conflits pacifiquement » (Inserm, 2003, p149). *Mieux vivre ensemble...* se présente sous forme de fiches utilisables par l'enseignant et permettant la mise en place de courtes séances hebdomadaires.

Les recherches évaluatives menées au Québec (étude cas-témoin, Bowen et al., 2000) et aux Etats-Unis (étude randomisée contrôlée, Grossman et al., 1997) ont montré que les élèves ayant bénéficié du programme manifestaient significativement plus de capacités à résoudre pacifiquement les conflits (étude québécoise) ; leurs compétences « prosociales » se développaient significativement et leurs comportements agressifs étaient en diminution (étude américaine).

REFERENCES

Botvin, G.; Baker, E.; Dusenbury, L.; Botvin, E.; and Diaz, T. Long-term follow-up results of a randomized drug-abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association* 273:1106-1112, 1995.

Chou, C.; Montgomery, S.; Pentz, M.; Rohrbach, L.; Johnson, C.; Flay, B.; and Mackinnon, D. Effects of a community-based prevention program in decreasing drug use in high-risk adolescents. *American Journal of Public Health* 88:944-948, 1998.

Cuijpers P. Prévention of cannabis use and misuse, Trimbos Institute, Netherlands, 2002.

Department of Health and Human Services (US). Youth violence: a report of the Surgeon General [online] 2001 Available from: URL: www.surgeongeneral.gov/library/youthviolence.

Domitrovich CE, Welsch JA. Developmental models for interventions to prevent conduct problems. In : Shocking violence: youth perpetrators and victims. A multidisciplinary perspective. 2000: 125-153.

Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B. The prevention of mental disorders in schoolaged children : current state of the field. *Prevention & Treatment* 2001; 4(1).

INSERM. Santé des enfants et des adolescents. Propositions pour la préserver. Expertise collective 2003.

Lemarquand D, Tremblay RE, Vitaro F. The prevention of conduct disorder: A review of successful and unsuccessful experiments. In: *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Cambridge child and adolescent psychiatry. Eds : Hill J; Maughan B, 2001: 449-477.

Prevention Drug Abuse among children and adolescents, a research-based guides for parents, educators, and community leaders, ^{tn}d edition, National Institute on Drug Abuse, USA, 2003. Scheier, L.; Botvin, G.; Diaz, T.; and Griffin, K. Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education* 29(3):251-278, 1999.

Webster-Stratton C, Taylor T. Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). *Pre Sci* 2001, 2 : 165-192.

3 - SITOGRAFIE

- Site de la MILDT : www.drogues.gouv.fr
Des outils complémentaires, utilisables pour certains comme déclencheurs de débat, pour d'autres dans des activités de suivi éventuel, ont été validés par la MILDT.
La liste et le descriptif de chacun d'entre eux sont accessibles sur le site de la MILDT, selon des critères variés (âge du public cible, produits concernés, types de support, année de publication...). Dans le menu principal, cliquer sur Professionnels, puis sur Aide aux acteurs.
Vous avez alors accès à la commission de validation des outils de prévention et à la base des outils validés (pour une recherche critériée).

En ligne également des informations sur les produits, en lien avec l'OFDT.

- Site de l'INPES : www.inpes.sante.fr
Des informations sur les actions de prévention (tabac, drogues, alcool, sida, cancer, hygiène de vie...) sur les programmes de l'institut et sur le référentiel d'éducation pour la santé.
- Site du Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche : www.eduscol.education.fr
- Site de la Direction de la santé du canton de Genève : www.prevention.ch.
Trois liens vers des sites de prévention :
<http://prevention.ch/cannabis>
<http://prevention.ch/fumercestsuper.html>
www.sfa-isp.ch

4 – TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008
- Code de l'Education, article L 312-18
- Loi n° 70-1320 du 31/12/1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses
- Loi n° 91-32 du 10/01/1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (JO du 12/01/1991)
- Loi n° 98-657 du 29/07/1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (JO n° 175 du 31/07/1998)
- Loi n° 2003-715 du 31/07/2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes (JO du 3/08/2003)
- Loi relative à la politique de santé publique n° 2004-806 du 9/08/2004, articles 49, 50 et 51 (JO n° 185 du 11/08/2004)
- Décret n° 92-478 du 29/05/1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.
- Décret n° 2000-620 du 05/07/2000 modifiant le décret n° 85-924 du 30/08/1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement (JO du 7/07/2000)
- Décret n° 2005-1145 du 09/09/2005 (article 20) modifiant le décret n° 85-925 du 30/08/1985 relatif aux établissements publics d'enseignement (le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté)
- Circulaire n° 98-108 du 1/07/1998 relative à la prévention des conduites à risque et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (BOEN n° 28 du 9/07/1998) en cours de réactualisation
- Circulaire n° 98-237 du 21/11/1998 relative à l'orientation pour l'éducation à la santé à l'école et au collège (BOEN n° 45 du 3/12/1998)
- Circulaire n° 2001-012 du 12/01/2001 relative à la politique de santé en faveur des élèves (BOEN n° 1 du 25/01/2001)
- Circulaire n° 2003-210 du 1/12/2003 relative à la santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation (BOEN n° 46 du 11/12/2003)
- Circulaire n° 2004-176 du 19/10/2004 relative à l'organisation des procédures disciplinaires dans les établissements publics locaux d'enseignement (EPL) (BOEN n° 39 du 28/10/2004)

Ont collaboré à ce guide :

Direction de l'enseignement scolaire – Bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention

- Nadine NEULAT, Chef de bureau
- Christine KERNEUR, Infirmière conseillère technique
- Jeanne-Marie URCUN, Médecin conseiller technique
- Jocelyne DOYEN, secrétaire

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)

- Monique BAUDRY, Chargée de mission prévention Education nationale

Contributions de :

- Patrice BAYARD, Chargé de mission application de la loi
- Ruth GOZLAN, Chargée de mission soins
- Michel MASSACRET, Chargé de mission prévention
- Dominique VUILLAUME, Chargé de mission recherche

Nous remercions pour leur collaboration :

- Pierre ARWIDSON, INPES
- Patricia BRISTOL, Infirmière conseillère technique, académie de Versailles
- Sandrine BROUSSOULOUX, INPES
- Henri CAZABAN, Bureau des programmes, DESCO
- Marie CHOQUET, Directeur de recherche, INSERM
- Judith CYTRYNOWICZ, Chargée d'études et de recherches, INPES
- Michel DAMADE, Psychiatre, Bordeaux
- Jean DENIS, IEN, Bureau des écoles, DESCO
- Jean-Marcel GRANDAME, Proviseur, académie de Lille
- Patrice HUERRE, psychiatre, Paris
- Didier JOURDAN, Professeur des universités, IUFM d'Auvergne
- Martine LAURENCE, directrice adjointe du Centre académique d'Aide aux Ecoles et aux Etablissements (C.A.A.E.E.), académie de Versailles
- Christelle LEMIEUX, DGS
- Pascal MELIHAN-CHENIN, Chef de bureau, DGS
- Alain MONNOT, Principal honoraire
- Carine MUTATAYI, OFDT
- Nathalie TRUCHET, CRIPS
- Antonio UGIDOS, Directeur, CRIPS