

Préventions des conduites addictives

Dossier documentaire



Prévention des conduites addictives **S**

Dossier documentaire

Ministère de l'Éducation nationale

Direction générale de l'enseignement scolaire

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

Centre national de documentation pédagogique



Sommaire

Liens avec les programmes du collège	5
Sciences de la vie et de la Terre	7
Histoire, géographie, éducation civique.....	16
Éducation physique et sportive	23
Physique chimie.....	29
Produits psychoactifs	32
Tabac	33
Alcool.....	37
Cannabis.....	43
Cocaïne et crack	49
Héroïne.....	51
Ecstasy et amphétamine	54
Poppers.....	56
GHB GBL.....	57
Hallucinogènes.....	58
Médicaments psychoactifs ou psychotropes.....	61
Inhalants et solvants	64
Produits dopants dans le sport	66
Action des drogues sur le cerveau	68
Drogues et neuromédiateurs.....	69
Dopamine et « circuit de la récompense »	70
Données géopolitiques	72
Cartes	73
Commentaires	74

D onnées épidémiologiques	75
Pratiques de consommation des jeunes	76
Consommation d'alcool, de tabac et de cannabis à 16 ans	81
en Europe : quelques données épidémiologiques	
Consommations de tabac, d'alcool et de cannabis	83
chez les collégiens	
Données sur le dopage.....	88
P révention et éducation à la santé.....	89
Définition de la santé et les chartes de l'OMS.....	90
Promotion de la santé et pyramide de Maslow.....	91
Déterminants de la santé.....	92
P rogrammes de prévention en milieu scolaire.....	94
Conditions d'efficacité et effets iatrogènes	95
Programmes de prévention validés.....	98
V alidation des outils	100
Q uelques outils	103
Exemple d'un projet dans le cadre du CESC.....	104
Exemples de fiches d'après l'outil Profedus	106
Projets de prévention dans les établissements agricoles.....	119
Interventions de partenaires.....	121

Liens avec les programmes du collègE

Sciences de la vie et de la Terre

Histoire, géographie, éducation civique

Éducation physique et sportive

Physique chimie

Les disciplines enseignées au collège et au lycée permettent la transmission de connaissances et l'acquisition de compétences et d'attitudes qui contribuent à la prévention des conduites addictives.

En effet, l'acquisition, le renforcement ou la modification des connaissances sur les différents produits psychoactifs et leurs effets sur la santé, à travers une approche des contenus scientifiques, peuvent contribuer à modifier les représentations, les attitudes et les comportements de consommation.

Au collège, une démarche pluridisciplinaire de prévention des conduites addictives permet, à travers les différentes matières, le développement de compétences personnelles sociales et civiques, telles que définies par le socle commun des compétences et des connaissances.

La mise en perspective des programmes des collèges apportant des connaissances liées aux substances psychoactives et aux conduites addictives avec le développement de compétences et de capacités aux différents niveaux de la scolarité obligatoire sont présentés dans les tableaux ci-après. Les compétences et les capacités sont celles définies par le socle commun ; elles contribuent aussi au développement des compétences permettant de promouvoir des attitudes favorables à la santé telles que définies par l'OMS.

Les tableaux analysent les programmes des disciplines suivantes :

- sciences de la vie et de la Terre,
- histoire géographie, éducation civique,
- éducation physique et sportive
- physique chimie.

Sciences de la vie et de la terre

Classe de 6^e

Parties du programme	Connaissances	Connaissances liées aux conduites addictives	Capacités	Compétences psychosociales à acquérir
<p>Des pratiques au service de l'alimentation humaine</p> <p>Objectifs éducatifs : dans le cadre de <i>l'éducation à la responsabilité</i> des élèves, il est essentiel d'accompagner l'étude de l'exemple choisi d'une réflexion sur les limites de la pratique (<i>effets sur l'environnement et la santé, respect des êtres vivants...</i>).</p>				Savoir prendre des décisions. Pratiquer la pensée critique (évaluer les conséquences).
La production alimentaire par une transformation biologique.	Respect des règles d'hygiène.	<p>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 risque.</p> <p>Aborder le vin et la bière et les effets d'une consommation excessive sur la santé.</p>	Exprimer à l'écrit ou à l'oral les résultats d'une recherche sur les conditions de la réalisation d'une fermentation , l'amélioration de la production, la sécurité alimentaire.	Pratiquer la pensée critique et savoir évaluer les conséquences d'une consommation excessive d'alcool.

Classe de 5^e

Parties du programme	Connaissances	Connaissances liées aux conduites addictives	Capacités	Compétences psychosociales à acquérir
<p>Fonctionnement de l'organisme et besoin en énergie</p> <p>Objectifs éducatifs : <i>développement de l'esprit critique</i> de l'élève à un âge où certains comportements à risques (sédentarité, grignotage, tabagisme) peuvent se mettre en place. Ainsi, elle contribue à une véritable éducation à la santé.</p>		<p>Les conduites à risque. Consommation de produits psychoactifs et conséquences sur la santé : aborder la notion de dépendance.</p>		<p>Pratiquer la pensée critique.</p>
<p>I. La production d'énergie nécessaire au fonctionnement des organes</p>	<p>La consommation de nutriments et de dioxygène, le rejet de dioxyde de carbone par les organes varient selon leur activité ; cela s'accompagne de modifications au niveau de l'organisme (augmentation de la température, des rythmes cardiaque et respiratoire).</p>	<p>Aborder les effets immédiats de la consommation d'alcool : rythme cardiaque, hypertension, etc., et les effets nocifs sur les comportements. Aborder les idées reçues sur les effets de l'alcool : réchauffant, désinhibant, etc.</p>	<p>Observer, recenser des informations montrant des variations de débit sanguin selon l'activité d'un organe. Traduire le schéma de la libération d'énergie au niveau d'un organe sous la forme d'un texte.</p>	<p>Gérer son stress (rythme cardiaque).</p>

Classe de 5^e (suite)

Parties du programme	Connaissances	Connaissances liées aux conduites addictives	Capacités	Compétences psychosociales à acquérir
II. Le fonctionnement de l'appareil respiratoire	Des substances nocives, plus ou moins abondantes dans l'environnement, peuvent perturber le fonctionnement de l'appareil respiratoire. Elles favorisent l'apparition de certaines maladies.	Les effets du tabac et du cannabis sur l'appareil respiratoire. La consommation de tabac et de cannabis et l'apparition de maladie.	Faire (en respectant des conventions) un schéma fonctionnel d'une alvéole pulmonaire. Valider ou invalider les hypothèses relatives à l'origine du dioxygène du sang. Observer, recenser et organiser des informations afin de relier des perturbations du fonctionnement de l'appareil respiratoire à la présence de substances nocives.	
IV. L'élimination des déchets et la nutrition		Détection du cannabis dans les urines.		
V. Le rôle de la circulation sanguine dans l'organisme	Le bon fonctionnement du système cardio-vasculaire est favorisé par l'activité physique ; une alimentation trop riche, la consommation de tabac, l'excès de stress sont à l'origine de maladies cardio-vasculaires.	Relier un type d'accident cardio-vasculaire à des facteurs de risque (consommation de tabac, excès de stress).	Observer, recenser et organiser des informations afin de relier un type d'accident cardio-vasculaire à des facteurs de risques.	Gérer son stress, gérer ses émotions.

Classe de 4^e

Parties du programme	Connaissances	Connaissances liées aux conduites addictives	Capacités	Compétences psychosociales à acquérir
Transmission de la vie chez l'Homme	Des échanges entre l'organisme maternel et le fœtus permettant d'assurer ses besoins sont réalisés au niveau du placenta.	Consommation de drogues licites et illicites et grossesse (tolérance zéro).	Des échanges entre le sang fœtal et le sang maternel.	Savoir prendre des décisions. Faire des choix responsables.
Relations au sein de l'organisme Objectifs éducatifs : l'éducation à la santé amorcée en classe de cinquième se poursuit. En donnant aux élèves les connaissances biologiques nécessaires, on leur permet de réfléchir aux conséquences, à court terme et à long terme, de la consommation ou l'abus de certaines substances, ou de certaines situations (agressions de l'environnement, fatigue).				

Classe de 4^e (suite)

Parties du programme	Connaissances	Connaissances liées aux conduites addictives	Capacités	Compétences psychosociales à acquérir
I. La communication nerveuse	<p>Le fonctionnement du système nerveux peut être perturbé dans certaines situations et par la consommation de certaines substances.</p> <p>Les récepteurs sensoriels peuvent être gravement altérés par des agressions de l'environnement.</p> <p>Les relations entre organes récepteurs et effecteurs peuvent être perturbées notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> – par la fatigue, – par la consommation ou l'abus de certaines substances. 	<p>L'action des drogues sur le cerveau.</p> <p>Le processus de dépendance y compris les risques de dépendance liés à la consommation de produits psychoactifs à l'adolescence.</p> <p>Les conduites dopantes et le stress.</p> <p>Les normes OMS de la consommation d'alcool.</p>	<p>Recenser et organiser des informations pour relier la consommation de certaines substances à des perturbations du fonctionnement du système nerveux.</p> <p>Exprimer à l'écrit ou à l'oral les étapes de la démarche.</p>	<p>Gestion du stress et des émotions.</p>
II. La communication hormonale	<p>Les transformations observées à la puberté sont déclenchées par des hormones qui assurent une relation entre les organes.</p>	<p>Le développement psychoaffectif et les pratiques de consommation : les années « collège » et l'adolescence.</p>	<p>Observer, recenser et organiser des informations pour comprendre le déclenchement de la puberté.</p> <p>Exprimer à l'écrit ou à l'oral les étapes de la démarche.</p>	

Classe de 3^e

Parties du programme	Connaissances	Connaissances liées aux conduites addictives	Capacités	Compétences psychosociales à acquérir
<p>Diversité et unité des êtres humains</p> <p>Objectifs éducatifs : les élèves sont préparés à l'étude de la partie du programme concernant la responsabilité individuelle et collective dans le domaine de la santé. Par ailleurs, les connaissances acquises fondent la réflexion sur l'unité de l'espèce et la diversité des êtres humains.</p>		<p>Définition de la santé par l'OMS.</p> <p>La santé qu'est-ce que c'est ?</p> <p>Le concept de «santé», les besoins fondamentaux, le caractère évolutif de la santé.</p>		<p>Savoir prendre des décisions.</p> <p>Faire des choix responsables.</p> <p>Avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour autrui.</p>
<p>Risque infectieux et protection de l'organisme</p> <p>Objectifs scientifiques : expliquer, à partir de l'analyse de situations courantes, comment l'organisme réagit à la contamination. Montrer que le fonctionnement du système immunitaire peut être perturbé (sida, allergies, etc.).</p> <p>Objectifs éducatifs : les connaissances développées contribuent à l'éducation à la santé.</p>	<p>L'organisme est constamment confronté à la possibilité de pénétration de micro-organismes (bactéries et virus) issus de son environnement. Ils se transmettent de différentes façons d'un individu à l'autre, directement ou indirectement.</p> <p>Ils franchissent la peau ou les muqueuses : c'est la contamination.</p>	<p>Contamination liée à l'usage des drogues injectables.</p> <p>L'usage régulier de drogue et un affaiblissement des défenses immunitaires.</p>	<p>Découvrir les méthodes de prévention et de lutte contre la contamination et/ou l'infection.</p> <p>Décrire le comportement d'une grandeur pour comprendre l'accroissement de la production d'anticorps à la suite de contacts successifs avec un antigène.</p>	

Classe de 3^e (suite)

Parties du programme	Connaissances	Connaissances liées aux conduites addictives	Capacités	Compétences psychosociales à acquérir
<p>Responsabilité humaine en matière de santé et d'environnement</p> <p>Objectifs scientifiques : relier les notions scientifiques et techniques à leurs incidences humaines en matière de santé et d'environnement.</p>				
Mettre à profit la curiosité et l'ouverture d'esprit développées dans les classes précédentes.				Pratiquer la pensée critique.
Travailler les méthodes de raisonnement préservant le libre arbitre de chacun. Développer l'autonomie de l'élève dans une démarche de projet.				Savoir prendre des décisions.
Permettre aux élèves d'argumenter à partir de bases scientifiques sur différents thèmes de société.				Savoir communiquer efficacement.

Classe de 3^e (suite)

Parties du programme	Connaissances	Connaissances liées aux conduites addictives	Capacités	Compétences psychosociales à acquérir
<p>Cette partie sera l'occasion d'un <i>croisement des disciplines</i>, d'un travail au centre de documentation et d'information avec le professeur documentaliste et, dans la mesure du possible, d'une collaboration avec des partenaires extérieurs. Chaque élève, seul ou en groupe, s'implique selon une démarche de projet dans un sujet. Ce travail aboutit à une production collectivement exploitable et pouvant intégrer l'usage des technologies de l'information et de la communication.</p>		<p>Développer un projet sur la santé (projet qui pourrait être défini en collaboration avec le CESC). Un travail interdisciplinaire pourrait être conduit sur un thème lié aux conduites addictives : drogues licites ou illicites, addictions sans substance, conduites dopantes, mésusage du médicament, etc. Il pourrait se traduire par une exposition, un temps de réflexion, un débat, des interventions avec des partenaires extérieurs, etc.</p>		<p>Avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour autrui.</p>
<p>L'enseignant encadre le travail des élèves dans toutes les étapes de la démarche de projet. L'ensemble des travaux de la classe sera l'objet d'une mutualisation.</p>				

Classe de 3^e (suite)

Parties du programme	Connaissances	Connaissances liées aux conduites addictives	Capacités	Compétences psychosociales à acquérir
<p>Objectifs éducatifs : l'objectif, pour le professeur est d'éduquer au choix et non d'enseigner des choix réputés meilleurs que d'autres. L'éducation à la santé et celle au développement durable sont l'occasion d'amener l'élève à prendre conscience que les sujets abordés soulèvent des questions d'éthique et à acquérir responsabilité et autonomie.</p>	<p>Certains comportements (manque d'activité physique, excès de graisses, de sucre et de sel dans l'alimentation) peuvent favoriser l'obésité et l'apparition de maladies nutritionnelles (maladies cardio-vasculaires, cancers).</p>	<p>Effets de la consommation excessive d'alcool : maladies cardio-vasculaires et cancers. Compléments alimentaires et cancers.</p>	<p>Relier des excès alimentaires à des maladies (obésité, diabète, maladies cardio-vasculaires...).</p>	<p>Savoir faire des choix responsables.</p>

Histoire, géographie, éducation civique

■ Géographie

Classe de 5^e

Humanité et développement durable

Parties du programme	Connaissances	Connaissances liées aux conduites addictives
II. Des sociétés inégalement développées	Thème 1. Des inégalités devant la santé	Définition de la santé par l’OMS et les chartes de l’OMS.

Classe de 4^e

Approches de la mondialisation

Parties du programme	Connaissances	Connaissances liées aux conduites addictives
I. Des échanges à la dimension du monde	Thème 2. Les échanges de marchandises	Données géopolitiques liées aux drogues. Dangers liés aux sources d’approvisionnement de produits dopants : l’exemple de l’achat de médicaments et de compléments alimentaires sur Internet.

■ Éducation civique

Le programme d'éducation civique couvre des notions et des compétences sociales et civiques qui contribuent à l'acquisition de connaissances et de compétences permettant de lutter contre les conduites addictives par la construction progressive de l'élève.

Classe de 6^e

Le collégien, l'enfant, l'habitant

Parties du programme	Connaissances liées aux programmes	Connaissances liées aux conduites addictives	Compétences psychosociales à acquérir
I. Le collégien : les notions de règles nécessaires au fonctionnement de la société	Toute collectivité a des règles nécessaires à son fonctionnement. Au collège, chacun a des droits, des devoirs et un rôle différents selon le statut et l'âge.	Développer l'idée des règles qui s'appliquent aux adultes et aux élèves en présentant : – le décret du 16 novembre 2006 interdisant de fumer dans les lieux à usage collectif ; – les points du règlement intérieur liés au tabac et relatif à l'interdiction de fumer au collège et toutes les sanctions associées. Développer la responsabilité de l'élève face à ces règles.	
II. L'enfant	Thème 1. Une personne Thème 2. Un mineur L'enfant vit sous l'autorité et la protection de ses responsables légaux.	Les lois par rapport à la vente et à l'achat de tabac et d'alcool et la responsabilité des parents. Rôle des parents face à la cyberaddiction (addiction à la télévision, à Internet, aux jeux vidéo ou aux jeux en ligne).	Développer la compétence « avoir conscience de soi ».

Classe de 6^e**Le collégien, l'enfant, l'habitant (suite)**

Parties du programme	Connaissances liées aux programmes	Connaissances liées aux conduites addictives	Compétences psychosociales à acquérir
	Thème 3. Une personne qui a des droits et des devoirs.		Apprendre à gérer l'autonomie, à être responsable et à connaître ses limites. à résister à la pression du groupe et à l'incitation publicitaire.
III. L'habitant		Aborder la notion d'espace public et les lieux à usage collectif.	
IV. Au choix : les journées spécifiques		Les journées spécifiques peuvent être construites sur un thème relatif aux conduites addictives ; elles seront l'occasion de la mise en application des notions et des compétences acquises autour des trois thèmes du programme : le collégien, l'enfant et l'habitant. Un exemple illustre la journée mondiale de la lutte contre le tabac le 31 mai.	

Classe de 5^e**La diversité et l'égalité**

Parties du programme	Connaissances liées aux programmes	Connaissances liées aux conduites addictives	Compétences psychosociales à acquérir
I. Des êtres humains, une seule humanité	Thème 1. Différents mais égaux, égalité de droit et discriminations.	Aborder la notion de diversité culturelle dans le temps et dans l'espace et l'usage de psychotropes. Apprendre à demander de l'aide pour soi ou pour les autres. Présenter les numéros d'aide.	Avoir de l'empathie pour autrui.
III. La sécurité et les risques majeurs	L'État et les collectivités territoriales organisent la protection contre les risques majeurs et assurent la sécurité sur le territoire national. La sécurité collective requiert la participation de chacun.	Les plans de santé publique : exemple des plans de lutte contre le cancer et de lutte contre le tabac et l'alcool. Réfléchir sur la notion de risque. « Qu'est-ce qu'une conduite à risque ? » en se rapportant à la réflexion conduite en classe de géographie sur la notion de risques majeurs.	
IV. Au choix : une action solidaire		Cette action peut être menée autour des conduites addictives et sera l'occasion d'un travail avec des associations reconnues dans le champ de lutte contre les conduites addictives ainsi qu'avec les formateurs relais anti-drogue (FRAD) ou les policiers formateurs anti-drogue (PFAD). Elle sera l'occasion de la mise en application des notions et des compétences acquises autour des deux thèmes : diversité et égalité.	

La prévention des conduites addictives peut être abordée à travers les lois et plus particulièrement celles relatives aux mineurs.

Classe de 4^e

Libertés, droit, justice

Parties du programme	Connaissances liées aux programmes	Connaissances liées aux conduites addictives	Démarches
I. L'exercice des libertés en France	<p>Thème 2. L'usage des libertés et les exigences sociales</p> <p><i>Documents de référence</i> : règlement intérieur du collège.</p>	<p>Notion de liberté par rapport à soi-même, la capacité de maîtrise et la connaissance de ses limites.</p> <p>Dépendance et liberté : les conséquences de la consommation de drogues sur la liberté et l'autonomie. Consommation de produits psychoactifs au volant et les risques à autrui.</p> <p>Aborder la liberté d'associations : relevé des associations reconnues en matière de prévention des conduites addictives.</p> <p>Rappeler les questions liées aux drogues licites et illicites dans le règlement intérieur.</p>	<p>Ces libertés vont ensuite faire l'objet d'une généralisation afin d'aborder des problèmes de société.</p>
II. Droit et justice en France	<p>Thème 1. Le Droit codifie les relations entre les hommes dans une société</p> <p>Thème 2. La Justice garante du respect du Droit</p> <p>Thème 3. La justice des mineurs</p>	<p>Détailler les lois sur les produits psychoactifs : consommation, trafic, lois concernant les mineurs, les sanctions, les stages de sensibilisation, etc.</p>	

Classe de 4^e (suite)**Libertés, droit, justice**

Parties du programme	Connaissances liées aux programmes	Connaissances liées aux conduites addictives	Démarches
III. La sûreté : un droit de l'homme		Exemple : faire intervenir un formateur relais anti-drogue (FRAD) ou un policier formateur anti-drogue (PFAD) pour illustrer la mission de la force publique à la fois en matière de prévention, de rappel à la législation ou de répression.	Les missions de la force publique aussi bien préventives que répressives sont abordées au travers de situations concrètes en partenariat avec la police ou la gendarmerie.

Classe de 3^e**La citoyenneté démocratique**

Parties du programme	Connaissances	Connaissances liées aux conduites addictives	Démarches	Compétences psychosociales à acquérir
Deux grands ensembles de capacités doivent être privilégiés dans le travail avec les élèves... Ils doivent ensuite être amenés, dans les trois thèmes, à mettre en pratique leur capacité de jugement et leur esprit critique par rapport aux différentes formes d'information et dans les débats qui prennent corps dans une démocratie politique.				Pratiquer la pensée critique.
I. La vie démocratique	Thème 3. L'opinion publique et les médias : – la diversité et le rôle des médias ; – les sondages d'opinion ; – le rôle d'Internet. <i>Documents de référence :</i> règlement intérieur du collège.	Aborder l'addiction sans substance (addiction à Internet, à la télévision, etc.).		Pratiquer la pensée critique.

E ducation physique et sportive

Contribution de l'EPS aux acquisitions du socle commun

Parties du programme	Connaissances liées aux conduites addictives, notamment les conduites dopantes dans le sport	Compétences psychosociales à acquérir
Participation à la maîtrise de la langue française. Volonté de communiquer. Justesse, rigueur et précision de l'expression nécessaires en EPS (compétence 1).		Savoir communiquer efficacement.
Acquisition d'une démarche d'investigation et maîtrise des connaissances sur l'organisation. Fonctionnement et possibilités du corps humain (compétence 3).	Prévention des conduites dopantes dans le sport : apprendre à connaître ses limites.	Savoir gérer son stress.
Acquisition d'une culture sportive qui mérite d'être examinée dans tous ses aspects pour en comprendre les richesses et les excès. Acquisition d'une sensibilité artistique vécue par le corps, d'un éveil au respect de la planète qu'il s'agit de préserver (compétence 5).		Pratiquer la pensée critique. Savoir évaluer les conséquences.
Exercice de la citoyenneté vécue en acte dans les apprentissages de l'EPS, par l'appropriation du sens et de la nécessité des règles, la capacité à assurer sa sécurité et celle des autres et par l'engagement dans différents rôles sociaux (compétence 6).	Prévention des conduites dopantes dans le sport à travers l'acquisition de la culture sportive : maîtriser les comportements sociaux par l'apprentissage des règles de comportement (concentration, respect des règles et respect de l'autre).	Avoir de l'empathie pour autrui.
Construction d'un élève plus autonome, plus responsable et capable de prendre des initiatives. L'élève apprend à concevoir et à mener des projets jusqu'à leur terme, à travailler en équipe et à respecter des échéances (compétence 7).	Les conduites à risque : les conséquences sur l'organisme humain du non-respect des règles de sécurité et d'hygiène dans le domaine de la santé.	Avoir conscience de soi. Avoir une pensée créative. Savoir prendre des décisions.

Finalité et objectifs de l'éducation physique et sportive au collège

Parties du programme	Connaissances liées aux conduites addictives, notamment les conduites dopantes dans le sport	Compétences psychosociales à acquérir
<p>Trois objectifs <i>Le développement et la mobilisation des ressources individuelles favorisant l'enrichissement de la motricité</i></p> <p>Toutes les activités physiques du programme permettent le développement et la mobilisation des aptitudes et des ressources de chaque élève, éléments déterminants de sa réussite, de son aisance et de l'estime qu'il a de lui-même.</p>		<p>Ensemble des compétences nécessaires au développement de l'estime de soi.</p>
<p><i>L'éducation à la santé et à la gestion de la vie physique et sociale</i></p> <p>La prise en compte de la santé doit s'envisager dans plusieurs dimensions : physique, psychique, sociale. Progressivement, le collégien doit apprendre à connaître son potentiel, à acquérir le goût de l'effort et des habitudes de vie liées à l'entretien de son corps, à organiser ses pratiques, à prendre en charge sa sécurité et celle des autres. Il doit aussi s'approprier les codes sociaux lui permettant d'établir de bonnes relations aux autres et de respecter l'environnement. À l'adolescence, au moment où le jeune, en quête d'identité, est susceptible d'adopter des comportements à risques, l'EPS peut l'aider à prendre conscience de l'importance de préserver son capital santé.</p>	<p>Choix de ne pas consommer de produits psychoactifs et de produits dopants. Aborder l'addiction aux jeux.</p>	<p>Ensemble des compétences nécessaires au développement de l'estime de soi.</p> <p>Ensemble des compétences nécessaires au développement de l'estime de soi et pour résister à la consommation de produits psychoactifs (drogues licites ou illicites) ou de produits dopants : connaître ses limites et les accepter, rapport à l'échec, résister à l'influence des pairs...</p> <p>Avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour autrui.</p>

Compétences à acquérir en EPS au collège

Compétences inscrites dans les programmes	Connaissances liées aux conduites addictives, notamment les conduites dopantes dans le sport	Compétences psychosociales à acquérir
<p>Les compétences propres à l'EPS <i>Réaliser une performance motrice maximale mesurable à une échéance donnée</i> Réaliser et stabiliser une performance mesurée dans le temps ou l'espace, à une échéance donnée, en utilisant au mieux son potentiel, dans un milieu terrestre ou aquatique, standardisé ou normé, en sachant s'investir et persévérer quel que soit le type d'effort.</p>	<p>Prévention des conduites dopantes dans le sport : comment performer sans produit ? Fournir les conditions de pratiques sportives qui respectent les capacités de chacun et l'atteinte d'objectifs réalistes qui ne sont pas fondés uniquement sur la victoire.</p>	
<p><i>Se déplacer en s'adaptant à des environnements variés et incertains</i> Réaliser, maîtriser et adapter un déplacement, en faisant des choix d'itinéraires, dans un milieu plus ou moins connu, plus ou moins varié, situé en pleine nature ou en condition similaire, nécessitant de s'engager en sécurité dans le respect de l'environnement.</p>	<p>Conduites addictives : le rapport à la prise de risque et l'adolescence.</p>	<p>Savoir faire des choix. Savoir gérer les risques sans se mettre en danger ou mettre autrui en danger.</p>
<p><i>Réaliser une prestation corporelle à visée artistique ou acrobatique</i> Concevoir, produire et maîtriser une prestation devant un public ou un jury, selon un code ou des règles de scène en osant se montrer et s'assumer.</p>		<p>Avoir une pensée créative. Savoir communiquer efficacement. Être habile dans les relations interpersonnelles. Savoir gérer ses émotions.</p>
<p><i>Conduire et maîtriser un affrontement individuel ou collectif</i> Rechercher le gain d'une rencontre, en prenant des informations et des décisions pertinentes, pour réaliser des actions efficaces, dans le cadre d'une opposition avec un rapport de forces équilibré et adapté en respectant les adversaires, les partenaires, l'arbitre.</p>	<p>Prévention des conduites dopantes dans le sport : – acceptation de la règle et compréhension de son utilité ; – le rapport à l'échec.</p>	<p>Savoir gérer ses émotions</p>

Compétences à acquérir en EPS au collège (suite)

Compétences inscrites dans les programmes	Connaissances liées aux conduites addictives, notamment les conduites dopantes dans le sport	Compétences psychosociales à acquérir
<p>Les compétences méthodologiques et sociales</p> <p><i>Agir dans le respect de soi, des autres, et de l'environnement par l'appropriation de règles.</i></p>	<p>Prévention des conduites dopantes dans le sport : respect des règles.</p>	<p>Avoir conscience de soi et s'assumer.</p>
<p><i>Organiser et assumer des rôles sociaux et des responsabilités par la gestion et l'organisation des pratiques et des apprentissages : installer, utiliser, ranger du matériel, recueillir des informations, travailler en équipe, et s'entraider.</i></p>		<p>Avoir de l'empathie pour autrui.</p>
<p><i>Se mettre en projet par l'identification, individuelle ou collective, des conditions de l'action, de sa réussite ou de son échec pour élaborer un projet d'action et le mettre en œuvre, raisonner avec logique et rigueur, apprécier l'efficacité de ses actions, développer sa persévérance.</i></p>		<p>Savoir prendre des décisions Savoir résoudre des problèmes</p>
<p><i>Se connaître, se préparer, se préserver par la régulation et la gestion de ses ressources et de son engagement en sachant s'échauffer, récupérer d'un effort, identifier les facteurs de risque, prendre en compte ses potentialités, prendre des décisions adaptées, maîtriser ses émotions, apprécier les effets de l'activité physique sur le corps humain, s'approprier des principes de santé et d'hygiène de vie.</i></p>	<p>Prévention des conduites dopantes dans le sport :</p> <ul style="list-style-type: none"> - connaître ses limites ; - connaître les risques liés à la consommation de produits dopants, les démarches de performance (produits nutritionnels et mésusage des médicaments) de l'alcool et du cannabis ; <p>aborder les dangers de l'approvisionnement et de l'étiquetage. L'hydratation.</p>	<p>Savoir prendre des décisions. Gestion du stress et gestion des émotions. Pratiquer la pensée critique.</p>

■ Compétences à acquérir dans les APSA

Chaque compétence attendue s'inscrivant dans l'une des quatre compétences propres à l'EPS et mobilisant plusieurs compétences méthodologiques et sociales, il s'agira de se référer au tableau des correspondances précédent liées à ces dernières.

Savoir-nager

Parties du programme	Connaissances inscrites dans les programmes	Connaissances liées aux conduites addictives, notamment les conduites dopantes dans le sport	Compétences psychosociales à acquérir
Premier degré du savoir-nager	Connaissances et attitudes essentielles à vérifier : – connaître les règles d'hygiène corporelle ; – connaître les contre-indications.	Les effets du tabac sur la performance sportive. Risques liés à la consommation de drogues licites et illicites et la natation (alcool et autres drogues). Effets liés à la consommation de produits dopants dans le sport.	
Deuxième degré du savoir-nager	Connaissances et attitudes essentielles à vérifier : – connaître les recommandations visant à prévenir les accidents et les noyades en milieu naturel ; – connaître les attitudes efficaces pour contribuer à porter secours sans se perdre soi-même ; – connaître les chaînes d'alerte et les numéros d'urgence.	Risques liés à la consommation de drogues licites et illicites et la natation (alcool et autres drogues). Connaître les numéros nationaux proposant une écoute et une aide aux consommateurs de produits psychoactifs.	Avoir de l'empathie pour autrui.

■ Organisation des condition de l'enseignement de l'EPS

Projet d'EPS

Prise en compte dans le projet d'établissement EPS de la thématique de prévention des conduites addictives et des conduites dopantes dans le sport.

Accueil des élèves en situation de handicap, inaptes partiels ou aux besoins éducatifs particuliers

En intégrant l'éducation à la santé, l'EPS pourra aider les élèves en situation de handicap à gérer leur stress, leurs émotions et lutter contre les conduites addictives et dopantes.

Interventions pédagogiques particulières

Interventions inscrites dans les programmes	Connaissances liées aux conduites addictives, notamment des conduites dopantes dans le sport	Compétences psychosociales à acquérir
<p>Objectif éducatifs : construction d'attitudes et d'habitudes corporelles contribuant à l'atteinte des objectifs du collège, concernant notamment <i>l'éducation à la santé et la gestion de la vie physique et sociale</i>.</p> <p>L'échauffement Ce temps de la leçon concourt particulièrement à l'acquisition de la compétence méthodologique et sociale «se connaître, se préparer, se préserver».</p>	<p>Définition de la santé.</p> <p>Se connaître et accepter ses limites.</p>	<p>Avoir conscience de soi.</p>
<p>Exercices de sollicitation des fonctions sensorielles, de renforcement musculaire ou cardio-respiratoire, de relaxation, d'assouplissement, d'adresse et d'équilibre.</p>	<p>Effets de la consommation de drogues licites (tabac et d'alcool) et des drogues illicites sur la santé.</p>	<p>Gérer son stress.</p>
<p>Exercices visant le développement et l'entretien physique qui s'appuient sur des pratiques, telles que la musculation et le stretching, pouvant faire l'objet d'un cycle d'enseignement particulièrement au niveau de la classe de troisième.</p>	<p>Lutte contre les idées reçues sur la consommation de produits nutritionnels et la musculation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dangers liés à l'approvisionnement et à l'étiquetage (qualité des produits et contrefaçon) ; - mésusage du médicament (vitamines et autres produits). 	

Physique chimie

Thème de convergences

La physique chimie contribue, à travers différentes entrées du programme, à l'éducation à la santé :

- «Mélanges et corps» peuvent servir d'appui à la prévention des risques liés à la consommation d'alcool et aux apports nutritionnels ;
- «L'air qui nous entoure» trouve naturellement des développements dans la lutte contre le tabagisme et la réduction des comportements à risques liés à l'environnement...

Préambule pour le collège et liens avec les compétences psychosociales

«La physique chimie aide à l'acquisition de l'autonomie et de l'initiative : dès la classe de cinquième, et *a fortiori*, celle de quatrième et de troisième, l'enseignement de la physique chimie doit permettre d'aider les élèves à acquérir une certaine autonomie articulée autour de la responsabilité et la créativité... La démarche d'investigation, qui rend l'élève davantage acteur de ses apprentissages, et la mise en œuvre de projets scientifiques individuels ou collectifs, contribuent également à développer l'autonomie et l'esprit d'initiative de l'élève...»

Classe de 4^e**De l'air qui nous entoure à la molécule**

Parties du programme	Connaissances	Connaissances liées aux conduites addictives	Capacités	Compétences psychosociales à acquérir
Les combustions : qu'est-ce que brûler ?	La combustion du carbone nécessite du dioxygène et produit du dioxyde de carbone.	Fumée du tabac : composition et produits toxiques. Structure d'une cigarette : rôle limité du filtre.		

Classe de 3^e**La chimie, science de la transformation de la matière**

Parties du programme	Connaissances	Connaissances liées aux conduites addictives	Capacités	Compétences psychosociales à acquérir
A2. Synthèse d'espèces chimiques	<p>Création d'une espèce chimique n'existant pas dans la nature : comment créer de nouvelles espèces chimiques ?</p> <p>Il est possible de réaliser la synthèse d'espèces chimiques n'existant pas dans la nature.</p> <p>Identifier les risques correspondants, respecter les règles de sécurité.</p>	<p>Les médicaments, les compléments alimentaires et les produits de l'effort : effets et dangers.</p> <p>Les risques liés au non-respect du dosage prescrit et les risques liés aux fortes doses.</p> <p>Les interactions entre produits.</p>		

Produits psychoactifs

Tabac

Alcool

Cannabis

Cocaïne et crack

Héroïne

Ecstasy et amphétamine

Poppers

GHB GBL

Hallucinogènes

Médicaments psychoactifs ou psychotropes

Inhalants et solvants

Produits dopants dans le sport

Tabac

La production, la vente et l'usage du tabac sont réglementés.

Depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, l'âge d'interdiction de vente de tabac est passé de 16 ans à 18 ans et les cigarettes aromatisées (ou cigarettes « bonbons »), dont la teneur en ingrédients donnant une saveur sucrée ou acidulée dépasse un seuil fixé par décret, sont interdites.

Première cause de mortalité évitable en France, le tabac est considéré comme responsable de plus de 60 000 décès par an¹.

■ 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. La cigarette manufacturée n'est pas le seul mode de consommation du tabac. Le tabac est proposé à la consommation sous forme de cigarettes, de 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. Aux produits du tabac (cigarettes, tabac à rouler...) sont ajoutés des additifs (agents de saveur, agents de texture, conservateurs et colorants). La combustion des produits du tabac crée des 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 touchant l'ensemble de l'appareil respiratoire, notamment à des risques de bronchite chronique et de cancer du poumon ;
- **la fonction digestive** : la nicotine augmente la sécrétion des acides gastriques et agit sur le système nerveux central.

1. 66 400 en 2004. Données CépiDe (Centre épidémiologique sur les causes médicales de décès-Inserm).

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.

Le tabagisme est impliqué dans les cancers du poumon mais également des voies aérodigestives supérieures (bouche, larynx, pharynx, œsophage), de la vessie et du pancréas. Il serait aussi en cause dans les cancers des voies urinaires et du rein, de l'estomac, du col de l'utérus et dans certaines leucémies.

- 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.
- Les cancers broncho-pulmonaires constituent actuellement la première cause de décès par cancer pour les hommes et la 4^e pour les femmes, mais on constate une nette progression de la mortalité féminine.
- Un fumeur sur deux meurt prématurément de son tabagisme.

■ Tabac et dépendance

Le tabagisme : une dépendance complexe et plurifactorielle

Bien que, au cours de ces dernières années, d'importants progrès aient été enregistrés dans la compréhension des mécanismes d'installation et de maintien de la dépendance au tabac, de nombreuses données manquent encore. La nicotine n'est sans doute pas seule responsable de l'installation de la dépendance. La nicotine est le constituant de la cigarette majoritairement incriminé pour ses effets addictifs. Même si elle est, à ce jour, la plus étudiée, il apparaît que d'autres composés présents dans la fumée, ainsi que certains additifs présents dans la cigarette, pourraient jouer un rôle dans la constitution de la dépendance au tabac.

La dépendance physique est confirmée chez la plupart des fumeurs, avec une sensation de manque à l'arrêt (tension, nervosité, irritabilité, angoisse, voire dépression).

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

Un fumeur sur deux environ peut s'arrêter sans aide. Les fumeurs qui ne parviennent pas à le faire seuls peuvent se faire aider par leur médecin, leur pharmacien ou un tabacologue.

À ce jour, seuls les traitements substitutifs nicotiques (patches, gommes à mâcher, pastilles, inhalateurs, sprays vendus en pharmacie), les thérapies comportementales et cognitives et les traitements psychotropes ont donné la preuve scientifique de leur efficacité dans l'aide à l'arrêt du tabagisme (Tabac Info Service).

Tabac et grossesse

Le tabagisme est un facteur de risque avéré de troubles de la fécondité féminine et/ou masculine.

Le tabagisme maternel pendant la grossesse augmente le risque de survenue :

- d’accidents gravidiques : hématomes rétroplacentaires, placentas bas insérés ;
- de retard de croissance intra-utérin. Le poids de naissance du bébé diminue de 150 à 250 g en moyenne ;
- de prématurité ;
- de mort subite du nourrisson ;
- et d’une consommation globale de soins plus importante dans la petite enfance (troubles respiratoires, bronchites, etc.).

Ces risques impliquent de prendre en compte, non seulement le tabagisme actif de la femme, mais également son tabagisme passif lié à celui de son compagnon, de son entourage ou de son milieu professionnel, avant, pendant et après la grossesse.

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

■ Chiffres d’une réalité française

Ventes de tabac

54 milliards de cigarettes vendues en 2008 : ce chiffre est stable depuis l’année 2004, après une baisse des ventes de 21 % en 2003 constatée suite à la mise en œuvre de mesures fiscales importantes (hausse des taxes sur les produits du tabac).

Toutefois, en réaction à ces augmentations de prix, les ventes de scaferlatis (tabac traditionnel, à pipe et à rouler) augmentent puisque ce type de consommation de tabac est meilleur marché².

Chiffres d’affaires de l’industrie du tabac

Le chiffre d’affaire TTC du secteur passe ainsi de 13,09 milliards d’euros en 2000 à 15,25 milliards en 2008.

À noter : la contrebande, principalement de cigarettes, représente une source d’offre illégale des produits du tabac.

2. Source : OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies).

Ventes de substituts nicotiniques

Les substituts nicotiniques sont des médicaments à base de nicotine vendus en pharmacie sans ordonnance. Il en existe de plusieurs formes (timbres-patches, gommes à mâcher, pastilles à laisser fondre ou à sucer), de différents dosages... Les substituts nicotiniques ne sont utilisables qu'à partir de 15 ans.

Le traitement coûtant en moyenne l'équivalent d'un paquet de cigarettes par jour et la durée moyenne de traitement étant d'environ trois mois, le coût moyen est de trois fois 50 euros.

Pour accompagner l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer renforcée au 1^{er} février 2007, une aide d'un montant forfaitaire de 50 euros est accordée par l'Assurance maladie à toute personne sur prescription médicale.

En 2008, ce sont 488441 forfaits qui ont été versés, représentant plus de 24 millions d'euros.

Tendance statistique

Les quantités de tabac consommées par les Français ont augmenté jusque dans les années 1980 avant de diminuer de façon notable, 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.

Mortalité annuelle directement imputable au tabagisme (en 2000)

Il s'agit de la première cause de mortalité évitable avec :

- 66 600 décès dont 90 % chez les hommes ;
- 33 % des décès prématurés chez les hommes ;
- 9 % chez les femmes.

Le tabagisme des jeunes reste un problème majeur dans notre pays, même si on constate une baisse récente, notamment pour le tabagisme quotidien, qui est passé de 41 % en 2000 à 28,9 % en 2008.

Par ailleurs, parmi les 15 ans et plus, **la proportion de fumeuses a augmenté** au cours des vingt dernières années.

Alcool

La production, la vente et l'usage des boissons alcooliques sont réglementés. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital **interdit la vente d'alcool aux moins de 18 ans**.

Dans notre pays, si la consommation régulière d'alcool est orientée à la baisse depuis plusieurs décennies, le niveau global de consommation reste toutefois élevé, notamment du fait de l'augmentation de pratiques d'alcoolisation excessives. La France est un des pays où l'on consomme le plus d'alcool au monde et se classe au 5^e rang en Europe³.

L'impact des consommations excessives d'alcool sur la santé en France est important, en termes de mortalité, de morbidité et de dommages sociaux.

S'agissant des jeunes, on assiste à de nouveaux modes de consommation d'alcool qualifiés parfois de *binge drinking*.

Avec 37 000 morts attribuables à l'alcool chaque année, il s'agit de la deuxième cause de mortalité évitable de notre pays (après le tabac). C'est la population masculine qui paie le plus lourd tribut, avec une surmortalité liée à l'alcool très supérieure à la moyenne européenne.

L'alcool a également une responsabilité majeure dans les accidents de la route (un accident sur trois), et, pour un conducteur avec une alcoolémie non nulle, un risque multiplié **par 8,5** d'être responsable d'un accident mortel de la circulation⁴. Le risque est doublé si la consommation d'alcool est associée avec l'usage de cannabis.

■ L'alcool, qu'est-ce que c'est ?

L'**alcool** est obtenu par fermentation de végétaux riches en sucre ou par distillation. Vin, cidre, bière, rhum, boissons apéritives, liqueurs constituent des boissons alcoolisées qui contiennent toutes la même molécule, appelée éthanol ou alcool pur.

Si toutes ces boissons se distinguent par le goût et la concentration d'alcool, toutes peuvent conduire à l'ivresse et toutes ont la même toxicité.

Unité alcool

Une unité alcool, ou verre standard, correspond à 10 g d'alcool par verre : la quantité d'alcool est la même dans un demi de bière, une coupe de champagne, un ballon de vin, un verre de pastis, etc.



3. Source : OFDT, chiffres clés 2009.

4. Enquête SAM (Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière).

Selon le type d'alcool, une unité alcool (verre standard) correspond à :

- un verre de vin rouge, blanc ou rosé (10 cl),
- 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 (3 cl) (25 doses par bouteille).

À l'origine, la taille des verres standards du « bistrot » a été prévue pour que le consommateur puisse facilement estimer son taux d'alcoolémie. En revanche, chez soi ou chez des amis, les verres sont généralement plus remplis et contiennent donc une dose d'alcool pur plus importante.

« PRÉMIX, ALCOPOPS, VINIPOPS » : des produits ciblant les jeunes

Les producteurs d'alcool ont développé de nouveaux produits aux *packagings* attrayants pour conquérir les jeunes consommateurs, notamment les filles.

À l'origine, le terme « prémix » vient de l'anglais *premixed* qui signifie prémélangé. Il regroupe les mélanges constitués d'un alcool fort et d'une boisson non alcoolisée fortement dosée en sucre, comme du soda ou du jus de fruit. Aujourd'hui le terme « prémix » désigne les mélanges de boissons non alcooliques et de boissons alcooliques (alcools, produits intermédiaires, vins et autre boissons fermentées, bières).

Il existe différents produits, regroupés sous l'appellation alcopops, vinipops ou malternatives – à base d'alcool fort, de vin, de malt –, qui sont vendus en supermarché. Ils sont conditionnés en bouteilles ou en canettes et ont une teneur en alcool qui s'élève à 5-6 % du volume. Les nouveaux consommateurs, une fois captifs car habitués à l'alcool grâce à ces produits, peuvent ensuite évoluer vers d'autres types de boissons alcooliques et ainsi entretenir ce marché.

En France, dès 1996, la politique fiscale publique a pris différentes mesures pour taxer les prémix et ses dérivés comme la loi n° 96-1160, article 29 modifié qui instaure la taxe prémix, et la loi n° 806-2004 relative à la santé publique qui augmente la taxation sur les prémix, et qui l'étend aux malternatives et autres *ready-to-drink*.

Cette politique a permis d'enrayer le développement de ces produits.

Comme la France, d'autres pays européens, dont le Danemark, l'Allemagne, l'Irlande, le Luxembourg ou la Suisse ont augmenté de manière significative le montant de la taxe sur ce type de produit.

■ 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 est un produit psychoactif, c'est-à-dire qu'il agit sur le fonctionnement du cerveau : il modifie la conscience et les perceptions, et par conséquent les comportements.

Les effets au moment où l'on consomme dépendent surtout de l'alcoolémie, c'est-à-dire de la concentration d'alcool dans le sang. Celle-ci varie selon la quantité d'alcool consommée, la vitesse de consommation et le fait d'avoir mangé ou non.

De plus, chaque individu réagit différemment selon son état de santé, de fatigue, son humeur, etc.

À petite dose, il provoque une sensation de détente. Toutefois, dès que les quantités consommées augmentent, l'alcool altère rapidement le comportement et provoque l'ivresse. Des nausées et des vomissements peuvent survenir. L'ivresse peut aussi prendre des formes plus inquiétantes avec des pertes de mémoire, des délires, des hallucinations, ou conduire au coma éthylique, qui, sans secours, peut se révéler mortel.

Enfin, comme toute drogue, sa consommation régulière peut progressivement entraîner :

- une *tolérance* : nécessité d'augmenter les doses pour ressentir le même effet ;
- une *dépendance* : impossibilité de s'abstenir de consommer sous peine de malaise, de souffrances psychologiques et/ou physiques.

Risques immédiats

On rencontre une diminution de la vigilance, souvent responsable d'accidents de la circulation, d'accidents du travail, mais aussi une perte de contrôle de soi qui peut conduire à un comportement violent, un passage à l'acte, une agression sexuelle, un suicide ou à un homicide. Enfin, la personne s'expose à des agressions en raison d'une attitude parfois provocatrice ou d'un état d'ébriété où elle n'est plus capable de se défendre.

Risques à long terme

La consommation régulière, quand elle est excessive, augmente le risque de nombreuses pathologies : cancers (notamment de la bouche, de la gorge, de l'œsophage), maladies du foie (cirrhose) et du pancréas, troubles cardio-vasculaires, hypertension artérielle, maladies du système nerveux et troubles psychiques (anxiété, dépression, troubles du comportement).

Attention

Consommer de l'alcool en même temps que certains médicaments, du cannabis ou d'autres drogues amplifie les effets de chacun de ces produits et entraîne des risques d'autant plus graves pour la santé.

Il est déconseillé de consommer de l'alcool avec des boissons énergisantes.

Le cocktail alcool/boisson énergisante comporte de nombreux risques, puisque les deux substances agissent de façon diamétralement opposée. La caféine, contenue dans la boisson énergisante, est un excitant du système nerveux central, tandis que l'alcool est un déprimeur du système nerveux central. La boisson énergisante dissimule la perception des effets de l'alcool, ce qui pousse à boire davantage pour ressentir les effets et peut donc entraîner une consommation excessive.

■ Alcool et dépendance

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

Les troubles liés à la consommation d'alcool à risque 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 source de problèmes et dangereux pour la santé.

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. La dépendance à l'alcool peut être très forte, avec l'apparition de nombreux symptômes lors de la consommation ou de l'arrêt : tremblements, crampes, anorexie, troubles du comportement. Cette dépendance s'accompagne de difficultés majeures d'ordre relationnel, social, professionnel, sanitaire, judiciaire.

À noter : 100 000 personnes en difficulté avec l'alcool sont venues consulter dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 2003.

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.

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.

La notion de consommation à moindre risque n'est pas univoque et diffère selon les risques en question. Si on évoque les risques de survenue de certains cancers, le seuil de consommation serait même de 0. C'est pourquoi il est préférable de se référer au message de l'OMS qui est : «**avec l'alcool, boire moins, c'est mieux**», et rappeler qu'il ne faut pas consommer dans les situations suivantes.

Pas d'alcool dans les situations suivantes

Grossesse et allaitement : la consommation d'alcool par la femme enceinte représente un risque à la fois pour le bon déroulement de la grossesse et pour l'enfant à naître, l'alcool étant la cause majeure de retard mental d'origine non génétique ainsi que d'inadaptation sociale de l'enfant.

Enfance et préadolescence : période fragile de maturation cérébrale et de développement de la personnalité.

Association **avec la prise d'autres substances psychoactives ou de certains médicaments**, en particulier les psychotropes et les antihistaminiques.

Ponctuellement (en raison des effets de l'alcool sur la vigilance et l'attention) dans les heures précédant et pendant la **conduite de véhicules, l'usage de machines dangereuses** ou l'affectation à un poste de sécurité.

L'alcool au volant est devenu, depuis 2006, la première cause de mortalité routière devant la vitesse, le défaut de port de ceinture et l'usage de téléphone portable.

■ Résumé des tendances statistiques d'une réalité française⁵

La France se classe parmi les premiers pays européens (5^e) en raison de son importante consommation.

- En population générale adulte, en 2005, 83 % des 18-75 ans déclarent avoir consommé des boissons alcoolisées, 22,5 % en consomment régulièrement. Les hommes s'avèrent nettement plus consommateurs que les femmes.
- **Évolution de la consommation d'alcool** : la consommation d'alcool en France **diminue régulièrement depuis 40 ans**. Entre 1961 et 2008, elle a baissé de moitié, passant de 26 à 12,6 litres d'alcool pur par an et par habitant de plus de 15 ans.
- **Types de boissons consommées** : le **vin** reste la boisson la plus consommée. Parmi les personnes ayant consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois, 77 % ont bu du vin, 56 % un alcool fort et 53 % de la bière.
- **Ivresse** : **5,5 %** des Français déclarent avoir été **ivres** au moins 3 fois dans les douze derniers mois (hommes : 9,2 % ; femmes : 1,9 %).
- **Consommation à risque** : en 2005, on comptait environ 3,7 millions de consommateurs à risque (sur le plan de la santé, qu'ils soient dépendants ou non) de 18 à 75 ans (suivant un calcul dérivé du test Audit-C).

Les jeunes et l'alcool

Les modes de consommation des jeunes sont différents de ceux de leurs aînés. Alors que le niveau de consommation d'alcool par habitant continue de diminuer en France, on note une émergence inquiétante de phénomènes d'alcoolisation massive chez les jeunes.

Le terme anglo-saxon qualifiant cette conduite est le *binge drinking*, que l'on peut traduire par la quête d'une ivresse la plus rapide possible.

Dans la pratique, les jeunes consomment **moins** d'alcool que les personnes plus âgées, mais quand ils en boivent, les **quantités sont plus importantes** et les conduisent **plus souvent à l'ivresse**.

Ce phénomène d'alcoolisation massive, notamment en fin de semaine, induit des dommages sanitaires et des conséquences en termes de troubles à l'ordre public parfois très graves.

Pour répondre aux nouveaux modes d'alcoolisation des jeunes :

- la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) interdit la vente d'alcool aux moins de 18 ans, quels que soient les lieux et mode de vente (article L.3342-1 du Code santé publique modifié par l'article 93 de la loi) ;
- interdit la pratique des *open-bars*, « *interdiction d'offrir gratuitement à volonté des boissons alcooliques dans un but commercial ou de les vendre à titre principal contre une somme forfaitaire* » (article L.33-22-9 du CSP modifié par l'article 94 de la loi) ;
- cette même loi précise que dans le cas des *happy hours*, il y a obligation de proposer des promotions sur les boissons sans alcool au même titre que sur les boissons alcooliques (article L3323-1 du CSP modifié par l'article 96 de la loi).

5. Source : OFDT, chiffres clés 2009.

Cannabis

Le cannabis est le produit illicite le plus largement consommé en France, principalement par les jeunes. Les dangers d'une consommation, même occasionnelle, sont aujourd'hui clairement documentés.

■ Le cannabis, qu'est-ce que c'est ?

Le cannabis (ou chanvre indien), est une plante originaire des contreforts de l'Himalaya et introduite en Europe au début du XIX^e siècle. 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.

Le principe actif du cannabis responsable des effets psychoactifs est le THC (tétrahydrocannabinol) qui agit sur des neurotransmetteurs placés dans certaines zones du cerveau. Il est inscrit sur la liste des stupéfiants. Sa concentration est très variable selon les préparations et la provenance du produit.

À quoi cela ressemble-t-il ?

Le cannabis peut être consommé sous différentes formes et prendre différents noms :

- *L'herbe (marijuana, ganja, beuh...)*
Feuilles, tiges et sommités fleuries, simplement séchées.
Il se fume généralement mélangée à du tabac, roulé en cigarette souvent de forme conique (le joint, le pétard, le stick, le bédou...).
- *La résine (haschich, hasch, shit, chichon...), forme la plus répandue en France*
Résine obtenue à partir des sommités florales séchées de la plante. Elle 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.
- *Consommation orale*
Le cannabis est rarement ingéré. Les voies possibles sont nombreuses et variées (gâteaux ou *space-cakes*...). Lorsqu'il est ingéré, le cannabis peut provoquer, plus encore que quand il est fumé, des troubles digestifs (nausées, plus rarement vomissements et diarrhées). Mais le principal danger de ce mode d'usage consiste dans la démultiplication des effets de la drogue.

■ Effets et dangers du cannabis

Le THC agit sur certaines zones du cerveau, sièges du plaisir, du raisonnement, de la mémoire, des émotions et de la motricité.

Les usagers de tous âges consomment généralement pour le plaisir et la détente.

Les effets de la consommation de cannabis sont variables suivant la dose consommée et les individus.

Plus la consommation est précoce, plus les risques sont élevés.

Effets physiques

Les effets physiques sont variables selon la personne, la quantité consommée et la composition du produit :

- 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.

Fumer du cannabis expose l'appareil respiratoire à un double risque : celui des goudrons toxiques résultant de la combustion du tabac et celui des goudrons contenus spécifiquement dans la fumée du cannabis. Ainsi, la consommation régulière de cannabis mélangé à du tabac pendant plusieurs années peut induire l'apparition de cancer précoce du poumon (avant 45 ans). Ces risques de cancer peuvent être amplifiés dans certaines conditions d'inhalation (pipes à eau, « douilles »).

Le cannabis joue un rôle causal dans l'apparition de cancers, de maladies cardio-cérébrovasculaires ou respiratoires et a un impact important sur le risque de maladies infectieuses et sur la vie reproductive.

Effets psychiques

La consommation de cannabis peut entraîner des effets néfastes sur le fonctionnement cognitif et intellectuel des consommateurs. Le cannabis peut provoquer :

- un effet sur la mémoire immédiate ;
- une diminution des capacités de mémorisation et d'apprentissage (difficultés de concentration, difficultés scolaires) ;
- une modification de la perception visuelle, de la vigilance et des réflexes ;
- une perte de motivation ;

- une centration des préoccupations sur l'obtention et la consommation du produit ;
- une anxiété, une panique voire une dépression.

La consommation de cannabis est également susceptible de provoquer des troubles psychiatriques ou d'aggraver des pathologies psychiatriques préexistantes.

Les effets neuropsychiques du cannabis fumé apparaissent environ 15 à 20 minutes après inhalation chez un consommateur occasionnel, un peu plus tard chez un usager régulier.

Il s'agit d'une légère euphorie, accompagnée d'un sentiment d'apaisement et d'une envie spontanée de rire et de légère somnolence. Mais, dans certains cas, le cannabis peut parfois entraîner un malaise, une intoxication aiguë (*bad trip*) qui se traduit par une impression de confusion, d'étouffement et une angoisse très forte.

Dans le cas de consommations soutenues, des difficultés surviennent pour accomplir certaines tâches complexes. Des troubles du langage et de la coordination motrice peuvent apparaître et le temps de réaction est augmenté.

Cannabis et schizophrénie

Une consommation soutenue peut aussi provoquer l'apparition d'une psychose cannabique : il s'agit d'un désordre mental caractérisé par des hallucinations. En usage chronique, elle est susceptible d'induire des troubles psychotiques.

Chez les sujets prédisposés, le cannabis peut révéler ou aggraver certains troubles mentaux (troubles de l'humeur, troubles anxieux) ou encore une maladie mentale grave, comme la schizophrénie.

Effets sociaux

L'usager risque de s'isoler socialement.

L'usager et son entourage encourent des risques sociaux liés aux contacts avec des circuits illicites pour se procurer le produit.

Une consommation soutenue peut conduire à un désintérêt pour les activités habituelles, à une fatigue physique et intellectuelle, à des troubles de l'attention et à une humeur dépressive.

L'usage de cannabis entraîne des difficultés d'apprentissage et de mémorisation avec comme conséquences une altération des performances scolaires et un risque d'échec scolaire.

Les effets du cannabis immédiats peuvent être dangereux, notamment si l'on conduit une voiture ou si l'on utilise certaines machines.

Cannabis et conduite

L'enquête « Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière », coordonnée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et publiée en 2006, a démontré que conduire après avoir fumé du cannabis représente un danger mortel. Ainsi, 230 personnes, dont la moitié est âgée de moins de 25 ans, meurent chaque année sur les routes à cause du cannabis.

Cette étude épidémiologique a aussi démontré que :

- conduire sous l'effet du cannabis double le risque d'accident mortel ;
- la combinaison cannabis et alcool multiplie ce risque par quinze.

En effet, le cannabis modifie les perceptions, notamment celle des risques, et affecte l'appréciation des distances, les réflexes et la vigilance. Le conducteur devient plus vulnérable face à tout incident (perte de contrôle, altération des réflexes et baisse de la vigilance).

Plus le cannabis est consommé ou dosé, plus les dangers sur la route sont importants : c'est « l'effet-dose » (plus la présence de THC est forte dans le corps, plus les risques encourus sur la route sont grands).

Sur la route, les effets du cannabis et de l'alcool se cumulent : les risques sont importants, même si les deux produits ont été consommés à faible dose. Dans ce cas, la capacité à maintenir sa trajectoire et le temps de réaction face aux manœuvres des autres véhicules sont plus particulièrement perturbés.

Une campagne de communication conduite par la Sécurité routière et la MILDT⁶ et intitulée *Sur la route, le cannabis est une drogue mortelle* alerte sur le risque pris – pour soi-même et les autres – quand on conduit un véhicule après avoir consommé du cannabis (2006).

■ 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.

En revanche, les experts s'accordent à dire que la dépendance physique est minime.

Toutefois, un usage régulier – souvent révélateur de problèmes – est préoccupant, surtout lorsqu'il s'agit de très jeunes consommateurs, beaucoup plus vulnérables du fait de l'immaturation de leurs systèmes nerveux.

Une dépendance psychique est parfois constatée lors d'une consommation régulière et fréquente : les préoccupations sont centrées sur l'obtention du produit.

6. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

■ Tendances statistiques d'une réalité française⁷

En 2005, sur la population des 12-75 ans, la France compte 12,4 millions d'expérimentateurs et 1,2 million de consommateurs réguliers de cannabis.

Le cannabis devient la drogue illicite la plus consommée et la plus disponible, particulièrement chez les jeunes. 42,2 % des jeunes de 17 ans ont expérimenté le cannabis et 7,3 % sont des fumeurs réguliers de cannabis.

Toutefois, après avoir régulièrement progressé, depuis 2002-2003, tous les indicateurs de consommation à cet âge sont à la baisse et en dessous des niveaux de consommation de l'année 2000, tant pour les expérimentations que pour l'usage régulier.

En 2007, les jeunes Français âgés de 16 ans font partie des adolescents les plus consommateurs de cannabis en Europe.

Autoculture

200 000 usagers auraient recours à l'autoculture au moins occasionnellement. En 2005, 5 % des personnes âgées de 15 à 64 ans ayant consommé du cannabis dans l'année déclarent se procurer de temps en temps du cannabis en ayant recours à l'autoculture.

Au minimum, 32 tonnes d'herbe auraient été produites en France en 2005, soit entre 950 000 et 1,3 million de plants. Cette production domestique représenterait 11,5 % des volumes de cannabis consommés en France.

La pratique de ce phénomène clandestin sous ses différentes formes (en plein air ou culture dite «en placard») paraît en nette augmentation depuis une dizaine d'années.

Soins

Les consommateurs de cannabis peuvent bénéficier d'une prise en charge de leur dépendance vis-à-vis de cette substance. Un réseau de près de 280 consultations spécialisées, dites **consultations «jeunes consommateurs»**, a été mis en place dès 2005 sur l'ensemble du territoire, et propose un accompagnement aux jeunes usagers de cannabis et d'autres substances psychoactives, ainsi qu'à leurs familles.

Intervenant dans le cadre des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), elles ont pour vocation d'assurer une information et une évaluation aux premiers stades de la consommation et de déclencher une prise en charge brève ou une orientation si nécessaire.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 prévoit de créer une cinquantaine de consultations, dont 25 consultations jeunes consommateurs dès 2010, pour permettre une couverture territoriale adaptée, y compris en zone rurale.

7. Sources : ESPAD 2007, ESCAPAD 2008. OFDT, chiffres clés 2009.

Les chiffres⁸

32 000 consommateurs de cannabis sont accueillis dans les structures spécialisées en addictologie. Ce nombre comprend des personnes faisant un usage intensif de cannabis mais également d'autres qui le consomment de façon occasionnelle et prennent contact avec une « consultation jeunes consommateurs » pour s'informer sur les risques encourus. Le nombre total de personnes vues par un professionnel du soin pour un problème de cannabis est sans doute plus élevé que 32 000, des consommateurs pouvant également être pris en charge dans certains hôpitaux dépourvus de centre spécialisé mais disposant de consultations ambulatoires en addictologie ou d'équipes de liaison en addictologie et en médecine de ville.

Plus de 80 % des personnes accueillies pour leur problème avec le cannabis sont de sexe masculin.

Plus de la moitié des personnes vues pour un problème de consommation de cannabis dans les centres spécialisés en addictologie⁹ est adressée par la justice à la suite d'une interpellation pour usage de cannabis.

Plus la consommation de cannabis est précoce, plus les risques sont élevés.

Au-delà des risques sanitaires, chez les jeunes, la consommation de cannabis entraîne d'autres types de dommages sociaux :

- l'oubli progressif qu'il existe d'autres façons d'éprouver du plaisir et l'arrêt des activités habituellement pratiquées ;
- le changement du cercle d'amis au profit d'un entourage lui aussi consommateur, les discussions se centrant autour du produit... ;
- la consommation régulière de cannabis peut provoquer des difficultés scolaires, avec des troubles de l'attention et de l'apprentissage, voire une augmentation des absences scolaires pouvant aller jusqu'au « décrochage » ;
- il se peut également que le consommateur cherche à tromper l'ennui ou à éviter d'affronter les problèmes ;
- de plus, les consommations conjointes d'alcool et de cannabis sont également associées à certaines formes de délinquance.

8. Source : OFDT, chiffres clés 2009.

9. Centres spécialisés de soins aux toxicomanes, CSST ; centres de cure ambulatoire en alcoologie, CCAA.

cocaine et crack

■ Qu'est-ce que c'est ?

La cocaïne et son dérivé, le crack, sont des produits illicites.

La cocaïne est extraite des feuilles d'une plante, le cocaïer. Le crack est l'un de ses dérivés. La cocaïne se présente sous la forme d'une fine poudre blanche, cristalline et inodore. Elle peut être «sniffée», injectée par voie intraveineuse ou fumée (principalement sous forme de crack). 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.

Le crack, **appelé aussi base libre ou free base**, est un mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et/ou d'ammoniaque qui se présente sous la forme de petits cailloux. L'utilisateur inhale la fumée après les avoir chauffés. Cette opération provoque des craquements, phénomène à l'origine du nom de cette drogue.

■ Effets et dangers

Cocaïne

L'usage de la cocaïne provoque une euphorie, un sentiment de toute puissance intellectuelle et physique et une indifférence à la douleur ou à la fatigue. Ces effets laissent place ensuite à un état dépressif et à une anxiété.

La cocaïne provoque :

- une contraction de la plupart des vaisseaux sanguins. La contraction des artères et l'hypertension induites par l'usage de cocaïne peuvent provoquer des accidents cardiaques ou vasculaires cérébraux, des atteintes des poumons, des muscles, des reins, etc. Les tissus, insuffisamment irrigués, s'appauvrissent et, par conséquent, se nécrosent. Cela peut conduire, entre autres, à l'apparition de troubles du rythme cardiaque et des lésions perforantes la cloison nasale chez les usagers réguliers ;
- des troubles psychiques se manifestant par 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.

L'usage régulier de cocaïne entraîne de fréquents troubles psychiatriques (instabilité de l'humeur, forte anxiété, délire de persécution) et d'importantes lésions de la paroi nasale.

Fièvre, délire ou convulsions peuvent survenir suite à la prise de fortes doses. Les surdoses de cocaïne peuvent être mortelles.

En levant les inhibitions, la consommation de cocaïne peut également conduire à des actes de violence, des agressions sexuelles, des dépenses compulsives, la sensation de « toute-puissance » engendrant des passages à l'acte.

Les matériels utilisés pour « sniffer » peuvent transmettre les virus des hépatites B et C s'ils sont partagés entre plusieurs usagers.

Ces conséquences sanitaires sont aggravées lorsque la cocaïne est injectée ou consommée sous forme de crack. L'injection, en particulier, induit des risques d'abcès, de septicémie mais également un risque de transmission de maladies infectieuses comme le sida, les hépatites B et C et l'endocardite.

Crack

La consommation de crack provoque des effets plus intenses et plus brefs que ceux de la cocaïne et l'état dépressif qui lui succède est encore plus marqué et s'avère d'autant plus difficile à gérer.

L'usage régulier de crack entraîne :

- 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.

L'usage régulier peut provoquer des hallucinations et entraîner des comportements violents, paranoïaques ou suicidaires. Il peut aussi générer des dommages rapides sur le cerveau, de graves altérations des voies respiratoires, des arrêts respiratoires et/ou cardiaques potentiellement mortels, ainsi qu'une altération de l'état général.

■ Cocaïne, crack 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, ou le *craving* est important. L'apaisement, même avec la consommation d'une autre substance, est très difficile à atteindre.

La consommation régulière de crack crée rapidement une forte dépendance psychique et physique et une neurotoxicité (dégénérescence des neurones) très importante. Les usagers, même après avoir cessé d'en consommer, restent soumis pendant plusieurs mois à des altérations de l'humeur et au manque psychique du produit.

■ Tendances statistiques d'une réalité française

Consommation

En 2005, la consommation de cocaïne dans l'année concerne 1 % des personnes âgées de 15 à 39 ans, soit 200 000 individus (sur 20 millions).

3,3 % des jeunes de 17 ans ont expérimenté la cocaïne en 2008¹⁰ soit environ 25 000 jeunes. Ce nombre a triplé entre 2000 et 2008. L'expérimentation de cocaïne est plus fréquente pour les garçons que pour les filles (4 % contre 2,5 %).

Interpellations

En 2008, les interpellations pour usage sont en forte hausse pour la cocaïne et toujours limitées pour le crack. Ainsi, les interpellations pour usage de cocaïne ou de crack, bien que marginales dans l'ensemble des interpellations pour usage de stupéfiants (3,5 %), s'élèvent à 5 214 et ont été multipliées par cinq depuis 1995.

Celles pour usage et revente et trafic de cocaïne ou de crack atteignent 3 432.

Les interpellations pour usage de crack ont baissé en 2004 et 2005, mais sont reparties à la hausse depuis (+59 % en 2008). Ces interpellations restent essentiellement centralisées en région parisienne et dans la zone caribéenne.

Saisies

Les saisies en 2008 de cocaïne portent toujours sur des quantités importantes avec 8,2 tonnes saisies. Ce chiffre est globalement en augmentation au cours des cinq dernières années. Les taux de pureté des échantillons de cocaïne saisis dans la rue se situent entre 20 et 30 %.

Héroïne

■ Qu'est-ce que c'est ?

L'héroïne est un produit illicite. Elle est un opiacé puissant. Comme tous les opiacés, elle est une substance dérivée de l'opium, suc laiteux issu de la fleur du pavot *Papaver somniferum*. L'héroïne est obtenue par synthèse à partir de la morphine.

À quoi cela ressemble-t-il ?

L'héroïne se présente sous forme de poudre granuleuse, de granulés à écraser de couleur brune à grise ou encore sous forme de poudre très fine et légère de couleur blanche à beige. Longtemps associée à l'injection par voies intraveineuses, l'héroïne est aujourd'hui fréquemment prise (« sniffée ») ou fumée.

10. ESCAPAD, 2009.

■ Effets et dangers

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 cependant, les effets diminuent d'intensité, la «tolérance» au produit s'installe et le plaisir intense des premières consommations diminue. **La dépendance s'installe rapidement dans la majorité des cas.** En quelques semaines, le consommateur est conduit à augmenter la quantité et la fréquence des prises pour éviter l'état de manque, jusqu'à faire de la consommation du produit sa principale préoccupation quotidienne, avec presque toujours des risques importants de marginalisation sociale.

L'héroïnomane 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 et agitation.

D'autres troubles surviennent par ailleurs comme l'anorexie et l'insomnie.

La pratique de l'injection expose à des infections locales (abcès) lorsqu'une bonne hygiène n'est pas respectée. La mise en commun du matériel d'injection et des autres objets de préparation expose en outre à un risque très élevé de contamination par le virus du sida ou de l'hépatite C.

En cas d'injection et pour réduire ces risques, il est nécessaire 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 trousses. Il existe des programmes de distribution gratuite qui sont l'occasion d'un premier contact avec les usagers.

Gestes d'urgence en cas d'overdose d'héroïne

La prise d'héroïne peut entraîner une dépression respiratoire et une perte de conscience et, en cas d'overdose, une insuffisance respiratoire souvent mortelle.

Dans ce type de situation, il faut pratiquer les gestes d'urgence suivants :

- 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).

■ Héroïne et traitement

Les personnes dépendantes à 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 psychosocial. Le traitement de substitution par la prise par voie orale de médicaments opiacés (méthadone ou buprénorphine)

norphine haut dosage – nom de spécialité Subutex®) s'accompagne d'une prise en charge médicale et psychosociale.

Ce traitement améliore l'état de santé, permet de réduire la prise de produits illicites, de favoriser la réinsertion sociale. Il peut durer plusieurs mois ou plusieurs années.

■ Tendances statistiques d'une réalité française

Consommation

En 2005, la consommation d'héroïne dans l'année concerne 0,2 % des personnes âgées de 15-39 ans, soit 50 000 personnes.

Depuis 2000, l'expérimentation d'héroïne est orientée à la hausse à 17 ans (1,1 % des jeunes de cet âge) ont expérimenté l'héroïne en 2008¹¹.

Elle est plus fréquente pour les garçons que pour les filles (1,4 % contre 0,8 % en 2008).

Saisies et interpellations pour trafic d'héroïne en hausse

En 2008, près de 1 118 kg ont été saisis, c'est 8 % de plus qu'en 2007. Pour la troisième année consécutive, les saisies d'héroïne dépassent la tonne, rompant avec la longue baisse des saisies constatée depuis 10 ans.

En 2008, l'héroïne acheminée en Europe est produite à 90 % en Afghanistan, elle est acheminée en France via les Pays-Bas et la Belgique.

Soins et accompagnement

Les médecins de ville voient un grand nombre de consommateurs qui suivent un traitement de substitution aux opiacés : méthadone ou buprénorphine haut dosage (Subutex® ou générique).

Ces médicaments sont disponibles en France depuis 1995. On peut estimer qu'environ 120 000 personnes ont bénéficié de remboursements de médicaments de substitution aux opiacés au cours du premier semestre 2007.

11. Source : ESCAPAD.

Ecstasy et amphétamine

■ L'ecstasy, qu'est-ce que c'est ?

L'ecstasy est un produit illicite. Elle désigne une substance de synthèse (produite en laboratoire) comprenant une molécule de la famille chimique des amphétamines, la MDMA (méthylènedioxymétamphétamine).

Elle se présente sous la forme de comprimés, de gélules ou de poudre et se consomme le plus souvent par voie orale. Le contenu d'un comprimé présenté comme de l'ecstasy est souvent incertain : sa concentration en MDMA est très variable (elle peut être associée à de la caféine, des médicaments, des sucres et liants divers), voire nulle. Cela rend difficile l'évaluation de ses effets et des risques encourus par son absorption.

■ Effets et dangers de l'ecstasy

Les effets psychoactifs de la MDMA combinent certains des effets des stimulants et ceux des hallucinogènes. Une certaine euphorie, une sensation de bien-être et de plaisir peuvent être ressenties, ou bien une sensation d'angoisse, une incapacité totale à communiquer.

La consommation de MDMA peut entraîner nausées, sueurs et maux de têtes. Elle peut aussi provoquer une déshydratation de l'organisme et une élévation de sa température, particulièrement lorsqu'elle vient s'ajouter à une ambiance festive surchauffée et un effort physique important. Des troubles neuropsychiatriques (angoisse, hallucinations), des troubles digestifs, des pertes de connaissances ont été décrits, ainsi que des décès (rarement) par hyperthermie ou arythmie cardiaque.

Une consommation régulière peut entraîner avec le temps amaigrissement et irritabilité. Une dépendance psychique peut s'installer ; en cas d'usage intense, des dépressions graves peuvent survenir.

■ Tendances statistiques d'une réalité française¹²

Une consommation présente mais limitée chez les jeunes

L'ecstasy est un produit globalement peu expérimenté en France (2,0 % des personnes âgées de 15 à 64 ans en 2005). L'expérimentation d'ecstasy, après avoir progressé jusqu'en 2002, semble depuis orientée à la baisse.

Le niveau d'expérimentation apparaît nettement plus élevé chez les jeunes adultes de 15 à 34 ans que chez les plus âgés.

Les données issues d'ESCAPAD en 2008 montrent que 2,9 % des jeunes de 17 ans ont expérimenté l'ecstasy. Elle est plus fréquente pour les garçons que pour les filles (3,6 % contre 2,1 %).

12. Sources : ESPAD 2007, ESCAPAD 2008. OFDT, chiffres clés 2009.

Saisies

Les saisies d'ecstasy sont en nette diminution avec près de 343 000 comprimés saisis en 2008, contre 1,36 million en 2007. Pour l'ensemble de ces saisies, la France est la plupart du temps un pays de transit : une part importante des quantités saisies est destinée aux pays européens voisins.

Amphétamine

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

Les amphétamines (*speed*) sont des psychostimulants et anorexigènes puissants, utilisées récemment encore 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 soient classées comme stupéfiants depuis 1967.

Aujourd'hui, les amphétamines se présentent généralement sous la forme de poudre à sniffer et parfois de comprimés. Il existe un dérivé puissant de l'amphétamine aux effets particulièrement dangereux : la métamphétamine, appelée encore *crystal*, *ice* ou *yaba*.

■ Effets et dangers des amphétamines

Puissant stimulant physique et psychique, les amphétamines peuvent donner la sensation de supprimer la fatigue, d'être invincible. Leur consommation peut aussi entraîner des crises de tétanie et d'angoisse. La « descente » après une prise 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 l'épuisement de l'organisme, une grande nervosité et des troubles psychiques, notamment des délires.

La dangerosité des amphétamines est accrue pour les personnes souffrant de dépression, de problèmes cardio-vasculaires et d'épilepsie, ou lorsqu'ils sont consommés en association avec de l'alcool ou d'autres substances psychoactives comme l'ecstasy (MDMA).

Poppers

■ Qu'est-ce que c'est ?

Les « *poppers* » sont des préparations contenant certaines substances, des nitrites volatiles ou, en solution, des solvants utilisés pour leurs effets aphrodisiaques et euphorisants, et destinés à être inhalés. Les *poppers* se présentent sous la forme d'un petit flacon ou d'une ampoule à briser pour pouvoir en inhaler le contenu. La plupart des ces préparations sont vendues en tant que « désodorisants d'atmosphère » ou « parfums d'ambiance ».

■ Effets et dangers

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

Leur consommation peut faire apparaître des plaques de rougeurs sur la peau, provoquer des vertiges ou des maux de tête parfois violents mais de courte durée. À forte dose, les *poppers* peuvent créer une dépression respiratoire et/ou 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 et peuvent engendrer des problèmes oculaires.

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

■ Tendances

L'expérimentation des *poppers* apparaît en très nette hausse depuis 2005 et surtout depuis 2008. Ils sont essentiellement consommés par les jeunes adultes.

En 2008, parmi les jeunes de 17 ans, 13,7 % les ont expérimentés, un peu plus les garçons que les filles. Le taux d'expérimentation était de 5,5 % en 2005¹³.

De plus, la visibilité et la disponibilité de ces produits sont également croissantes sur Internet. En 2008, les *poppers* dominent largement les expérimentations de produits psychoactifs illicites.

■ Que prévoit la loi ?

À l'heure actuelle, il est interdit de vendre ou de distribuer gratuitement des produits dits *poppers* contenant des nitrites de butyle ou de pentyle.

13. Sources : OFDT, ESCAPAD 2008.

GHB GBL

■ Qu'est-ce que c'est ?

Le **GHB (gamma-hydroxy butyrate)** est classé comme stupéfiant en France depuis 1999. À l'origine, cette molécule est utilisée dans le domaine médical ; il s'agit d'un anesthésique possédant une double action : euphorisante puis sédatrice, voire amnésiante. Jusqu'à ce jour, le GHB a surtout acquis une notoriété à travers son usage détourné et criminel, révélé par des campagnes de presse mettant en garde les usagers des clubs et des discothèques contre la diffusion de la « drogue du violeur ».

Le **GBL (gamma butyrolactone)** est un solvant industriel, précurseur du GHB et métabolisé en GHB par l'organisme après absorption. Un précurseur est un produit chimique susceptible d'entrer dans la fabrication du stupéfiant.

Le GBL ne fait l'objet d'aucun classement juridique.

Le GBL est acheté le plus souvent sur Internet, semble-t-il, en tant que solvant industriel (solvant de nettoyage, nettoyeur de jantes...).

■ Effets et dangers

Les effets du GHB apparaissent au bout de 15 minutes et durent de 1 h 30 à 2 h 00¹⁴. La principale conséquence sanitaire évoquée est le *G-Hole*, lequel se manifeste par une perte de connaissance suivie d'un profond sommeil de plusieurs heures. L'épisode comateux peut également se conclure par le décès de la personne.

Dans la plupart des cas, l'amnésie de l'épisode est totale. Ces comas surviennent quand la dose dépasse la tolérance individuelle, très variable selon l'usager, mais surtout en cas de consommation concomitante d'alcool, qui a un effet de « potentialisateur ».

Les effets du GBL montent de manière plus progressive que ceux du GHB (de 30 à 45 minutes) et durent un peu plus longtemps (de 3 à 5 heures).

■ Tendances

La couverture médiatique qui met en évidence l'utilisation clandestine de GHB/GBL par des « prédateurs » sur la scène récréative (connu sous le nom de *drink spiking* : une drogue est ajoutée à une boisson à l'insu de la personne qui la consomme), afin de faciliter une agression sexuelle (souvent déclarée comme un « viol par une connaissance »), a placé cette drogue sous les feux de l'actualité aux alentours de l'année 2000.

Le GHB est un produit à très faible diffusion en population générale.

14. Source : OFDT, chiffres 2009.

Parmi les jeunes de 17 ans, l'expérimentation de GHB est de 0,4 % en 2008 et de 0,3 % en 2007¹⁵.

Depuis 2006, l'usage du GBL, particulièrement facile d'accès, a progressivement remplacé celui du GHB. Il semble que, depuis 2007, seul le GBL circule dans certains milieux. En revanche, autour des établissements frontaliers belges fréquentés par les Français, l'usage de GHB paraît toujours de mise. En mars 2008, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a publié un rapport, *GHB and its Precursor GBL: an Emerging Trend Case Study*, dans lequel il s'inquiète du développement de l'usage du GBL.

Hallucinogènes

■ Qu'est-ce que c'est ?

On distingue les substances hallucinogènes naturelles et les hallucinogènes synthétiques. Les champignons dits hallucinogènes constituent le principal produit de la première catégorie. Le principal hallucinogène synthétique est le LSD.

■ LSD

Qu'est-ce que c'est ?

Le **LSD est classé stupéfiant**. C'est une substance de synthèse fabriquée à partir de l'acide lysergique, caractérisée par une puissante action hallucinogène. L'acide lysergique est produit par un champignon, l'ergot de seigle.

Le LSD est disponible en France sous trois formes : la forme dite « buvard » (imprégnation d'un papier absorbant par la substance) ; la forme liquide dite « goutte » (imprégnation d'un sucre ou dilution dans un verre d'alcool) et la forme micropointe (qui ressemble à une mine de crayon). Depuis 2005 existe la forme « gel » : une goutte de LSD est déposée sur de la gélatine et l'ensemble est placé dans un emballage d'aspect plastifié qui, une fois déposé sur la langue, fond rapidement.

Effets et dangers du LSD

La consommation de LSD entraîne des modifications sensorielles intenses, provoque des hallucinations et une perte plus ou moins marquée du sens des réalités. L'utilisateur peut éprouver un état confusionnel accompagné d'angoisses, de crises de panique, de phobies, de bouffées délirantes. La « descente » peut être elle aussi très désagréable et générer un profond mal-être.

15. Source : ESCAPAD 2008.

Tout consommateur s'expose à des *bad trips* (hallucinations cauchemardesques), **des illusions délirantes dangereuses** (par exemple croire que l'on peut voler) ou à des accidents psychiatriques graves.

Tendances statistiques d'une réalité française

Le LSD est un produit illicite qui est rarement expérimenté par les plus jeunes. Sa consommation reste cantonnée à des sous-groupes de polyexpérimentateurs, en particulier de produits hallucinogènes.

La fréquence de l'expérimentation de LSD en population générale est relativement faible (1,1 % des personnes de 15 à 64 ans). Le niveau d'expérimentation apparaît nettement plus élevé chez les jeunes adultes. Le niveau d'usage de LSD en population adulte apparaît stable depuis le début des années 1990. En 2008, chez les jeunes de 17 ans, l'expérimentation est de 0,8 % chez les filles et de 1,6 % chez les garçons¹⁶.

■ Plantes et champignons hallucinogènes

Les champignons hallucinogènes, qu'est-ce que c'est ?

Les champignons hallucinogènes ainsi que les préparations en contenant sont classés comme produits stupéfiants.

La variété la plus connue des champignons hallucinogènes est la famille des psilocybes. Le principe actif essentiel est la psilocybine (la variété de champignons la plus commune, les *psilocybes*, est souvent appelée *psilo*). Certaines variétés de psilocybes exotiques sont extrêmement dosées en principes actifs et peuvent exposer les usagers à de graves accidents.

Les plantes hallucinogènes, qu'est-ce que c'est ?

Par plante hallucinogène, on entend un vaste ensemble qui comprend les champignons hallucinogènes, certaines cactées comme le peyotl, la sauge divinatoire (*Salvia Divinorium*, une variété de menthe également connue sous le nom de *Magic Mint*), des plantes solanacées comme la belladone ou la Datura (*Devil's Apple*, *Devil's Weed*, *Angel's Trumpet*, *Moonflower*...), celles qui sont regroupées sous l'appellation de *Smart Drugs* (Ephedra, Guarana, l'Ayahuesca, ou encore l'herbal XTC – «ecstasy naturelle»), etc.

Les plantes hallucinogènes ont pour effet de modifier la pensée, la perception et/ou l'humeur des usagers.

Face à l'expansion de l'offre de plantes psychoactives sur de nombreux sites Internet, qui vantent leur pouvoir hallucinogène, diffusent des recettes et permettent des commandes en direct, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a commandité une enquête nationale qui a été confiée au CEIP¹⁷-Addictovigilance de Lyon en 2003.

16. Source : ESCAPAD 2008.

17. Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance.

Enquête AFSSAPS 2003

La stramoine (*Datura stramonium*) et les champignons hallucinogènes sont les produits les plus consommés (88 % des cas).

La voie de consommation la plus prisée est la voie orale à 77 % : produit cru ou cuit, décoction, infusion, comprimé, gélule, etc.

Le but de la consommation est majoritairement récréatif.

Cette consommation a conduit à une hospitalisation dans la moitié des cas.

Le dispositif TREND de l'OFDT montre, par ailleurs, une tendance vers les produits dits « naturels » ainsi que vers une approche « globale » de l'usage de ceux-ci.

La recherche d'expérimentations variées, nouvelles, et le prétendu caractère plus anodin des drogues dites naturelles en comparaison des drogues synthétiques, a favorisé un regain d'intérêt chez les usagers de drogues pour ce type de substances. Le goût pour ces « drogues écologiques », par opposition aux drogues synthétiques, est souvent interprété par les acteurs de Santé publique, au-delà de la recherche incessante de « nouveaux effets », comme une réaction à la diffusion massive des drogues de synthèse et aux craintes qu'engendrent ces dernières quant à leurs conséquences sur la santé.

Effets et dangers des plantes et champignons hallucinogènes

Le datura, les champignons hallucinogènes, et les plantes hallucinogènes de façon générale, jouissent d'une fausse impression d'innocuité et leur toxicité est largement méconnue. En agissant sur les neurones du cerveau, leur usage induit des distorsions des perceptions qui peuvent être visuelles, auditives, spatio-temporelles ou concerner la perception que l'individu a de son corps.

La consommation de plantes ou de champignons hallucinogènes procure des effets hallucinogènes et euphorisants proches de ceux du LSD. Les risques induits sont similaires : crise d'angoisse, perte de contrôle, *bad trips*. Certaines variétés sont fortement dosées en principe actif et peuvent exposer l'utilisateur à de graves accidents. Tous les champignons hallucinogènes sont vénéneux et présentent un réel risque toxique mortel.

Des cas graves mettent en exergue le problème de la toxicité aiguë et des facteurs de risques individuels ou de cofacteurs toxicologiques associés.

Des décès peuvent survenir. La consommation solitaire ou inexpérimentée augmente la dangerosité des produits (accidents conséquents des hallucinations, délires, confusions, comas).

Tendances statistiques d'une réalité française

Les principales substances hallucinogènes naturelles consommées sont celles contenues dans les champignons dits « hallucinogènes ».

L'enquête ESCAPAD 2008, conduite par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies auprès des jeunes de 17 ans, montre qu'une proportion non négligeable a déjà fait l'expérience des champignons hallucinogènes (3,5 % de la population interrogée et 4,9 % chez les seuls garçons).

Les autres plantes hallucinogènes sont consommées mais de manière beaucoup plus marginale.

Médicaments psychoactifs ou psychotropes

■ Qu'est-ce que c'est ?

Un psychotrope est une substance chimique qui agit sur le système nerveux central en induisant des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur ou de la conscience. Les stupéfiants et les psychotropes sont notamment utilisés dans le traitement de la douleur, en anesthésie ou dans le traitement de l'anxiété ou de l'insomnie (AFSSAPS 2009).

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

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. On peut citer les personnes exposées à la solitude, celles qui sont face à une surcharge de responsabilités, 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

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. Ces catégories 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 une durée trop longue alors qu'elle ne doit pas dépasser 12 semaines, 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 avec 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, et encore une fois pour une durée trop longue alors qu'elle est limitée à 4 semaines.

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 est aussi importante que le traitement médicamenteux. L'interruption du traitement est déconseillée sans l'avis du médecin. Ces produits n'entraînent pas de dépendance. Ils ne semblent pas, dans l'état actuel des connaissances, être 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 pas 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.

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 annule les effets de chacune des substances absorbées. Il multiplie l'effet du médicament et de l'alcool de façon particulièrement dangereuse. Il est donc impératif de ne pas boire d'alcool lorsqu'on a pris un somnifère ou un tranquillisant.

Il ne faut jamais consommer ces médicaments en dehors d'une prescription médicale qu'il faut respecter scrupuleusement.

■ Banalisation du recours aux médicaments psychotropes

La population française recourt plus facilement aux psychotropes que celle des autres pays européens et la consommation croît avec l'âge.

La synthèse des résultats des enquêtes épidémiologiques sur la consommation de médicaments psychotropes fait apparaître qu'un Français sur quatre a consommé au moins un médicament psychotrope au cours des douze derniers mois et qu'un Français sur trois en a déjà consommé au cours de sa vie. Le premier constat tiré des études pharmaco-épidémiologiques relatives aux psychotropes est donc celui d'une banalisation¹⁸ du recours à ces médicaments au sein de la population française.

Les comparaisons européennes permettent de mieux saisir les particularités de la consommation française et montrent que la part de la population ayant pris un psychotrope au cours des douze derniers mois est deux fois supérieure à la moyenne des pays européens limitrophes à la France.

18. Cf. Briot Maryvonne, rapport parlementaire sur «Le bon usage des médicaments psychotropes», 22 juin 2006.

■ 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.

I Inhalants et solvants

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

■ Qu'est-ce que c'est ?

Parmi ces produits figurent notamment :

- les colles à maquettes, à rustine, les vernis,
- les carburants et essences pour moteur,
- les gaz propulseurs contenus dans les bombes aérosols.

Les **solvants organiques** (volatiles ou gazeux) dont les plus connus sont l'éther, le trichloréthylène, l'acétone et l'eau écarlate que l'on trouve dans différents produits comme des nettoyeurs de clavier d'ordinateur, des détachants.

Colles et solvants, des substances testées par les plus jeunes

Inhalés, ces produits sont utilisés pour leurs effets psychoactifs, en particulier par des enfants ou des adolescents très jeunes. Ils ont une forte toxicité pour le corps.

L'absorption se fait parfois par ingestion orale, parfois directement par pulvérisation dans le nez ou la gorge mais, dans la grande majorité des cas, par inspiration nasale des vapeurs dégagées par ces produits.

L'inhalation se fait parfois à même l'emballage, parfois à travers un chiffon ou encore, par inspiration dans un sac plastique, appliqué hermétiquement contre le visage pour concentrer l'effet obtenu.

■ 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).

Ces substances 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 parfois suivie de nausées ou de migraines et pouvant aller jusqu'à la perte de conscience.

Ces produits entraînent une **forte dépendance psychique** et une dépendance physique encore mal appréciée, de même qu'ils provoquent un phénomène de tolérance.

À long terme, la toxicomanie aux colles et aux solvants détermine sur le plan physique de graves atteintes sanguines, hépatiques, rénales, cardiaques, neurologiques et sur le plan psychique d'importants troubles de la santé mentale dont certains peuvent être irréversibles.

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.

■ Tendances

S'agissant des inhalants, les résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 montrent une évolution en dents de scie mais en augmentation depuis 2005. L'expérimentation des inhalants passe de 3,6 % à 5,5 %¹⁹.

Les colles et les 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.

19. Source : ESCAPAD 2005-2008.

Produits dopants dans le sport

Les pratiques dopantes reposent sur l'usage de substances chimiques ou biologiques, ou le recours à des méthodes prohibées afin d'accroître artificiellement les capacités physiques et psychologiques. Ce sont donc principalement des médicaments utilisés en dehors de leurs indications médicales officielles. Il peut aussi s'agir de méthodes comme l'administration de sang richement oxygéné, ou des procédés visant à falsifier les prélèvements lors des contrôles antidopage, voire le recours à des procédés génétiques.

Depuis 2003, l'Agence mondiale antidopage fixe chaque année la liste des substances et des méthodes prohibées dans le sport. Le ministère chargé des Sports et de la Santé, et l'Agence française de lutte contre le dopage sont chargés de faire appliquer cette liste dans le milieu sportif, par une politique de prévention d'une part et par l'organisation d'opérations de contrôle en dehors ou lors des compétitions d'autre part.

Globalement, la liste de l'Agence mondiale antidopage distingue *trois catégories de substances* :

- substances et procédés interdits non seulement au cours des compétitions sportives, mais également durant les périodes d'entraînement ;
- substances interdites uniquement au cours des compétitions sportives ;
- substances interdites par certaines fédérations sportives durant les compétitions.

La consommation des substances interdites est toujours susceptible d'entraîner des risques sérieux :

- les anabolisants, qui sont des dérivés apparentés à la testostérone, ont des effets virilisants chez la femme, et entraînent chez l'homme des troubles de la libido, de l'agressivité, etc. ;
- les hormones (hormone de croissance, érythropoïétine appelée aussi EPO) entraînent une dérégulation physiologique avec des conséquences à court terme. Par exemple, les effets secondaires de l'EPO sont la survenue d'accidents cérébraux, d'hypertension artérielle, d'embolies pulmonaires, etc. ;
- les bêta-2-agonistes sont utilisés pour leurs effets broncho-dilatateurs contre l'asthme. Leur consommation à des doses très supérieures aux doses thérapeutiques entraîne des pathologies cardiaques ;
- les diurétiques, dont l'usage vise à modifier l'élimination de substances interdites et donc à masquer leur prise, entraînent un état de déshydratation, parfois à l'origine de troubles du rythme cardiaque ;
- les stimulants, dont les amphétamines, l'éphédrine et la cocaïne, présentent des risques sur le psychisme (nervosité, agressivité, etc.) et des risques de troubles cardio-vasculaires ;

- les narcotiques, comprenant la morphine et l'héroïne, entraînent des troubles du comportement, une dépendance et des difficultés de coordination ;
- les corticoïdes sont utilisés pour leurs effets anti-inflammatoire et antidouleur. Leur utilisation entraîne une fragilité des tendons et des muscles, des troubles cardio-vasculaires, des ulcères, etc. ;
- le cannabis est doublement interdit aux sportifs. Classé comme stupéfiant, son usage est donc interdit à toute personne en France. Par ailleurs, il est inscrit dans la liste des produits interdits aux sportifs en raison de ses effets sur le stress, la perception de la douleur.

Les compléments alimentaires ne sont pas des produits dopants. Toutefois, il convient de savoir que certains d'entre eux, et tout particulièrement ceux accessibles sur Internet, peuvent contenir une substance dopante non mentionnée sur le conditionnement, ou comprendre un extrait végétal susceptible de rendre positif le résultat d'un contrôle antidopage, voire d'être très toxique.

Action des drogues sur le cerveau **U**

Drogues et neuromédiateurs

Dopamine et « circuit de la récompense »

Drogues et neuromédiateurs

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

À 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.

Ce sont 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 les 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.

■ Autres médiateurs et dépendance

Les avancées récentes dans le champ de la neurobiologie des dépendances démontrent l'implication d'autres médiateurs dans leur développement. C'est ainsi qu'il peut aussi bien s'agir de petites molécules comme la noradrénaline ou la sérotonine, ou de molécules plus grosses, comme par exemple l'oréxine, la cholécystokinine ou la neurotensine, qui sont des peptides synthétisés dans notre cerveau. Deux autres systèmes semblent également jouer un rôle important, le système glutamate qui a un rôle excitateur sur le système nerveux central et le système GABA (acide gamma-amino butyrique), qui est au contraire le principal neurotransmetteur inhibiteur.

Il existe des équilibres naturels entre ces différents neuromédiateurs, qui sont fortement perturbés par la consommation de drogues. C'est l'ensemble de ces altérations qui pourraient être à l'origine de la mise en place des dépendances, expliquant la complexité de ce qui est maintenant considéré comme une maladie et les difficultés de prise en charge thérapeutique.

Dopamine et dépendance

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.

Dopamine et « 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.

Pour autant, l'idée selon laquelle la libération de dopamine provoquée par les drogues serait la condition nécessaire et suffisante de l'installation de la dépendance chez l'homme est actuellement très discutée au sein de la communauté scientifique.

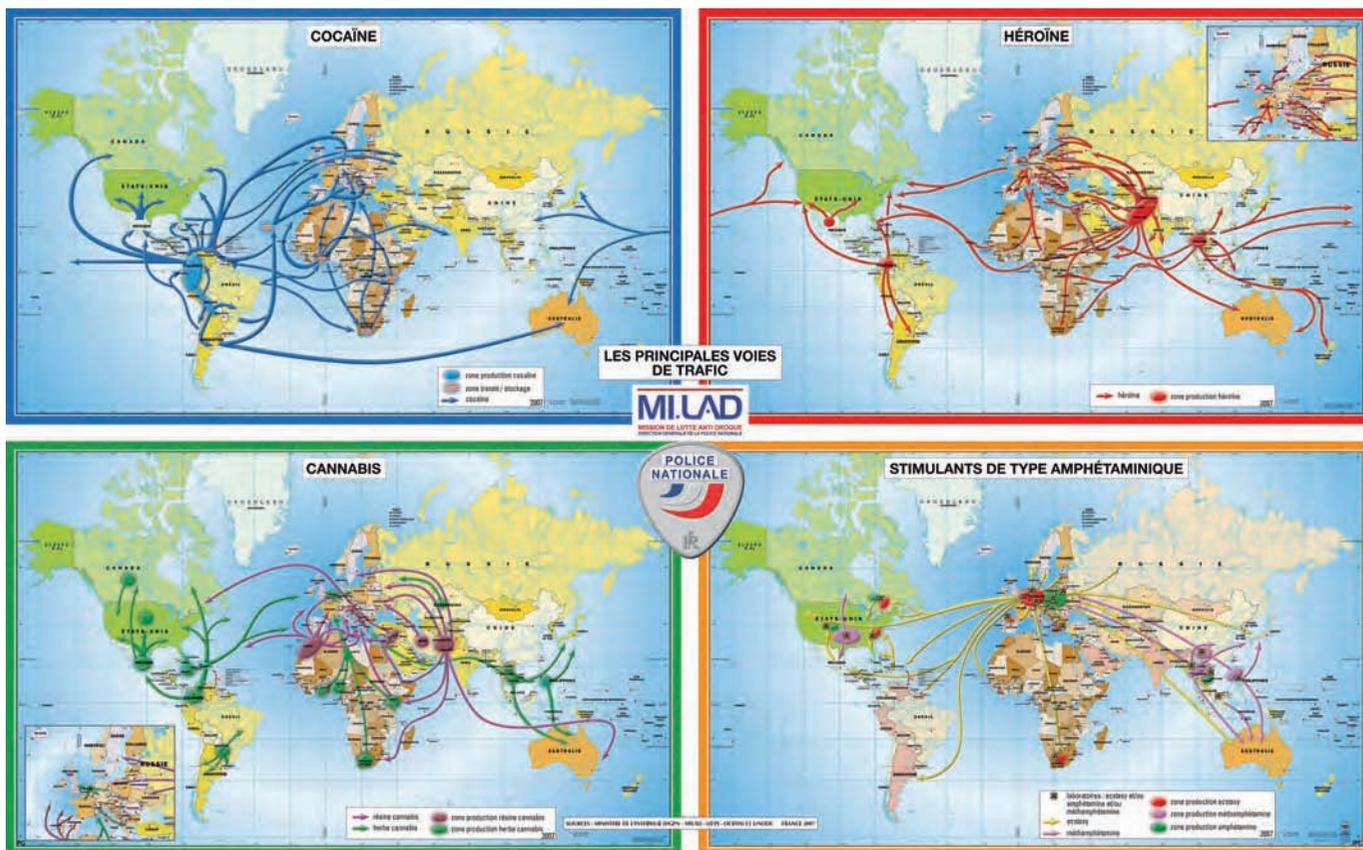
Données géopolitiqueS

[Cartes](#)

[Commentaires](#)

Cartes

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



Commentaires

Les cartes ci-contre schématisent les flux des principales drogues entre leurs lieux de production et leurs pays de consommation.

Il est nécessaire de distinguer, d'une part, les stupéfiants constitués ou principalement obtenus à partir de plantes dont les zones de culture dépendent de facteurs naturels (sols, climat...) que sont le cannabis, la cocaïne et l'héroïne et leurs dérivés et, d'autre part, les drogues issues exclusivement de produits synthétiques qui s'affranchissent ainsi de toute contrainte naturelle ; ce sont les amphétamines et leurs dérivés.

- Le **cannabis** est une plante qui peut être largement cultivée car elle s'adapte facilement à différents milieux. Cependant, sa culture est privilégiée dans les zones qui permettent une teneur en principe actif (THC) suffisante en vue de son utilisation comme produit psychotrope. Sa production a été identifiée ou signalée dans 172 territoires ou pays. Le cannabis domine donc, du point de vue de l'étendue des cultures, le marché mondial des drogues. Les régions consommatrices peuvent donc logiquement s'approvisionner au plus près.
- Le **pavot à opium**, plante qui a largement été cultivée en Asie et dans les Philippines et dont les chimistes ont tiré la morphine puis l'héroïne, a vu progressivement ses régions de culture se réduire par une réglementation sur le commerce et la production de ses dérivés.
- L'Afghanistan (82 % des cultures) et dans une moindre mesure la Birmanie restent aujourd'hui les principaux producteurs fournissant l'ensemble des pays consommateurs.
- La culture de l'**arbre à coca** est très répandue en Amérique du Sud, les principaux pays producteurs étant la Colombie, le Pérou et la Bolivie. À partir de ces régions, les deux flux principaux partent vers les régions consommatrices, les États-Unis d'Amérique et l'Europe, souvent via l'Afrique de l'ouest, et enfin l'Australie.
- La production de **drogues de synthèse** dépend principalement du lieu de demande et des capacités à procurer aux laboratoires les précurseurs chimiques indispensables. La fabrication d'amphétamines continue d'être concentrée en Europe, l'ectasy est produite en Amérique du Nord, en Europe occidentale et en Océanie, tandis que la méthamphétamine est fabriquée en Asie de l'est et du sud-est, régions regroupant 55 % de ses usagers dans le monde.

Données épidémiologique**S**

Pratiques de consommation des jeunes

Consommation d'alcool, de tabac et de cannabis à 16 ans en Europe : quelques données épidémiologiques

Consommations de tabac, d'alcool et de cannabis chez les collégiens

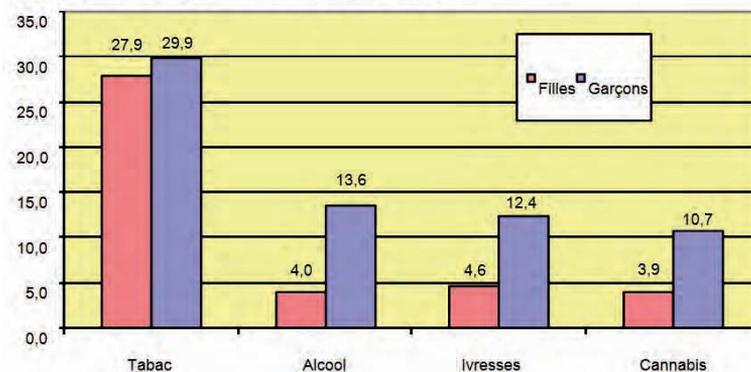
Données sur le dopage

Pratiques de consommation des jeunes²⁰

■ Niveaux de consommation²¹

L'alcool, le tabac et, dans une moindre mesure, le cannabis occupent une place particulière dans l'expérience que les jeunes Français ont en matière de consommation de produits psychoactifs. Avant le passage à l'âge adulte, 9 sur 10 ont déjà expérimenté l'alcool, 7 sur 10 le tabac et 4 sur 10 le cannabis. À 17 ans, un usage régulier (au moins fois dans l'année) est constaté chez 3 jeunes sur 10 pour le tabac et moins de 1 jeune sur 10 pour l'alcool et le cannabis²².

Fréquence de l'usage régulier (au moins 10 fois au cours du mois) chez les jeunes Français de 17 ans, en 2008 (en %)



Source : ofdt - ESCAPAD 2008.

Interrogés sur cette question, les jeunes Français de 16 ans²³ considèrent que ces trois produits sont assez ou très accessibles, respectivement à 73 % pour la bière, 70 % pour les cigarettes, 55 % pour les alcools forts et 42 % pour le cannabis.

La consommation d'alcool des jeunes est très différente de celle des adultes, tant sur la nature des boissons que les modalités et les contextes de consommation. Les jeunes Français consomment principalement de la bière, des prémix et des alcools forts. Les consommations sont plus rarement régulières que chez les adultes. Par contre, elles peuvent parfois être excessives sur une courte période de temps et aboutir à des épisodes d'ivresse. À 17 ans, 49 % des jeunes déclarent avoir bu au moins 5 verres en une même occasion au cours du mois passé, 2 % l'ayant fait au moins 10 fois au cours du mois²⁴.

20. Texte rédigé par Jean-Michel Costes, directeur de l'OFDT.

21. Résultats de l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'Appel de préparation à la défense (ESCAPAD) qui couvre les adolescents français de 17 ans.

22. Legleye S., Spilka S. et Le Nezet O., *Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France. Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD 2007*, OFDT.

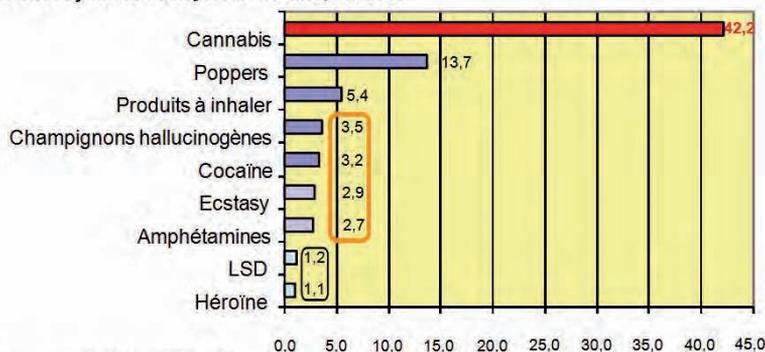
23. Legleye S. et al., «Alcool, tabac et cannabis à 16 ans», *Tendances*, n° 64, OFDT, janvier 2009.

24. Beck F., Legleye S., Spilka S., «Les drogues à 17 ans : évolutions, contextes d'usages et prises de risque», *Tendances*,

Les consommations de cannabis, si elles sont fréquemment rencontrées dans les mêmes contextes – notamment festifs ou de sociabilité – que ceux de l'alcool, peuvent avoir également un caractère plus solitaire.

Les consommations des drogues illicites autres que le cannabis sont beaucoup plus rares. La seule expérimentation de ces produits (à l'exception des *poppers* et des produits à inhaler) ne concerne que moins de 5 % des jeunes à l'âge de 17 ans.

Fréquence d'expérimentation des principales drogues illicites chez les jeunes Français de 17 ans, en 2008



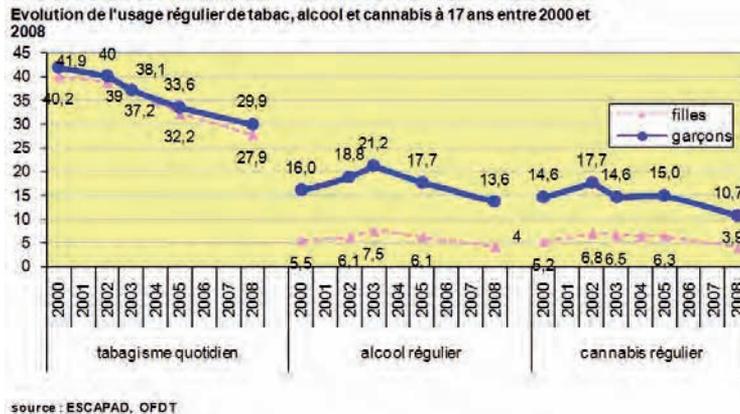
Source : ESCAPAD 2008, OFDT.

■ Évolutions et perspectives européennes

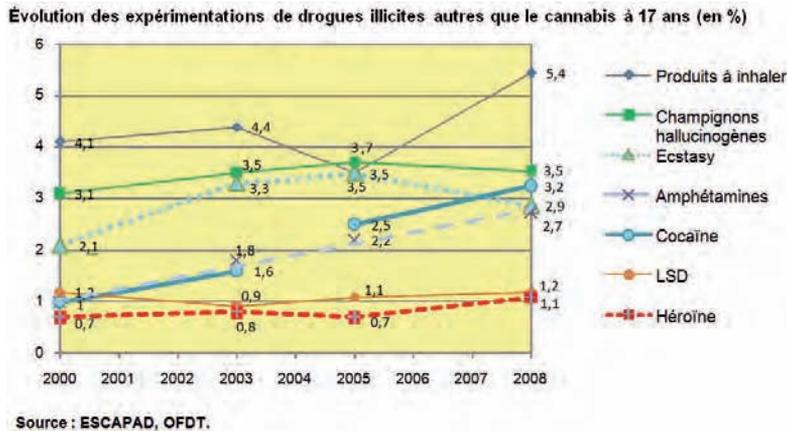
La tendance d'évolution, au cours de la dernière décennie, du niveau de consommation des trois produits les plus massivement utilisés par les jeunes Français est orientée à la baisse. Si cette baisse est régulière et très marquée pour le tabac, elle est plus récente pour le cannabis. Pour l'alcool, si on prend en compte les différents indicateurs (consommation au cours du mois, consommation régulière, ivresses, consommation ponctuelle excessive), on peut considérer qu'il y a une relative stabilité du phénomène au cours des dix dernières années²⁵.

n° 49, OFDT, septembre 2006.

25. Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Laffiteau C., «Les drogues à 17 ans : Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008», *Tendances*, n° 66, OFDT, juin 2009.



Si les consommations de drogues illicites, autres que le cannabis, sont bien plus rares que celles du tabac, de l'alcool, la tendance d'évolution pour ces produits est, quant à elle, orientée à la hausse. Cette progression est particulièrement marquée pour les stimulants, notamment la cocaïne et les amphétamines.



Les tendances constatées en France sont globalement convergentes avec celles relevées en Europe²⁶. Selon les résultats de l'enquête scolaire européenne menée auprès des jeunes de 16 ans, les jeunes Français se positionnent à un niveau :

- bas pour l'alcool et l'ivresse alcoolique,
- moyen pour le tabac,
- haut en matière d'usage de drogues illicites.

26. Hibell B. et al., *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries*, Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), 2009.

■ Facteurs associés

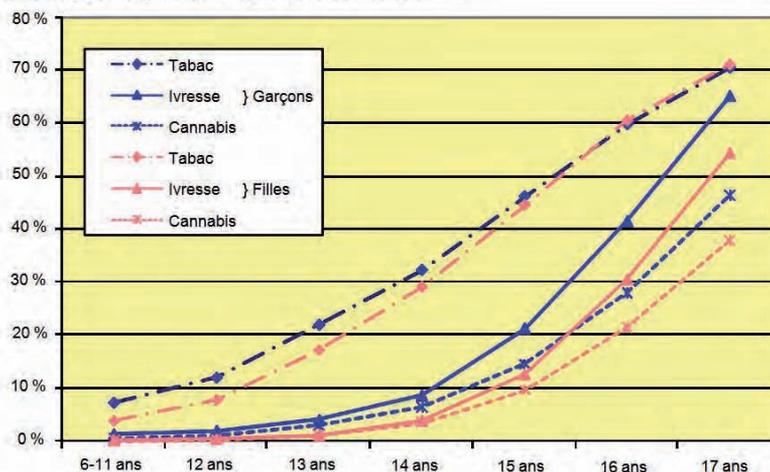
Les pratiques de consommation de produits psychoactifs des jeunes sont assez différenciées selon le genre : une surconsommation qui est presque toujours masculine, à l'exception du tabac (pas de différence de genre) et des médicaments psychotropes, plus fréquemment consommés par les filles. Toutefois, ces différences sont moins marquées que chez les adultes et elles ont tendance à se réduire depuis ces dernières années.

L'âge est le principal facteur associé à ces consommations. Le premier produit expérimenté par les jeunes Français est l'alcool ; viennent ensuite le tabac, le cannabis et les autres drogues illicites. Ainsi, à 17 ans, parmi les jeunes qui ont expérimenté ces produits, l'âge moyen d'expérimentation est d'environ : 13 ans pour le tabac, 15 ans pour le tabac quotidien, la première ivresse et le premier joint et 16 ans pour les autres drogues illicites.

La littérature scientifique internationale souligne l'influence majeure de la précocité des usages dans l'évolution, d'un simple usage, vers une consommation problématique d'où l'importance de documenter cette question dans les enquêtes. Ainsi, parmi les jeunes scolarisés de 13 ans, 29 % ont déjà expérimenté le tabac, 16 % l'ivresse alcoolique et 5 % le cannabis. À 11 ans, l'âge d'entrée au collège, ces proportions sont respectivement de 8, 6, et 1 %²⁷.

Le graphique de diffusion de l'expérimentation selon l'âge des trois principaux produits met en évidence les « âges charnières » dans la progression de cette diffusion : la période du collège pour le tabac et le passage au lycée pour l'alcool et le cannabis. Ces données sont riches d'enseignements pour déterminer la temporalité des différentes actions de prévention.

Diffusion de l'expérimentation du tabac, de l'ivresse et du cannabis pour la génération âgée de 17 ans en 2008



Source : ESCAPAD 2008, OFDT.

27. Legleye S. et al., « Tabac, alcool et cannabis durant la primo-adolescence », *Tendances*, n° 59, février 2008.

La mise en perspective des enquêtes menées auprès des jeunes avec celles portant sur l'ensemble de la population permet de mieux comprendre la dynamique de ces consommations, initiées lors de l'enfance ou de l'adolescence. Ainsi, on peut supposer qu'un grand nombre des jeunes adolescents fumeurs le resteront de nombreuses années après le passage à l'âge adulte. En matière d'alcool, on constate qu'avec l'âge, les modalités et les contextes des consommations se transforment. Proportionnellement, les épisodes d'alcoolisation ponctuelle excessive et/ou d'ivresse sont moins nombreux parmi les buveurs alors qu'à l'inverse, la part des consommateurs réguliers, voire quotidiens, augmente progressivement avec l'âge. Enfin, en ce qui concerne le cannabis et les autres drogues illicites, la très grande majorité des expérimentations à l'adolescence gardent un caractère occasionnel et disparaissent à l'âge adulte (entre 20 et 35 ans).

Un autre facteur associé aux consommations de produits psychoactifs des jeunes ressort fortement dans les enquêtes : l'intensité de la sociabilité. Plus un jeune a une vie sociale intense avec ses pairs, notamment en contexte festif, plus il a d'opportunités de consommer et plus la probabilité qu'il consomme des produits psychoactifs est importante.

Certaines différences géographiques dans les consommations des jeunes pourraient être décrites (*cf.* données régionales ou départementales sur le site de l'OFDT), mais elles restent néanmoins mineures par rapport au constat d'une diffusion globalement homogène des comportements de consommation de produits psychoactifs chez les jeunes, sur l'ensemble du territoire national.

La situation et le parcours scolaire sont liés aux niveaux d'usage de produits psychoactifs. Ainsi, à 17 ans, les jeunes sortis du système scolaire, les jeunes scolarisés en filière courte, professionnelle ou en apprentissage, ont des niveaux de consommation plus importants. Il en est de même pour les jeunes ayant redoublé.

Les résultats de l'ensemble des enquêtes évoquées dans ce paragraphe sont disponibles sur le site de l'OFDT : **www.ofdt.fr**.

Consumation d'alcool, de tabac et de cannabis à 16 ans en Europe : quelques données épidémiologiques²⁸

En 2007, environ 100 000 jeunes de 16 ans de 35 pays européens²⁹, dont la France, ont participé à l'enquête ESPAD³⁰. Cette enquête, basée sur un questionnaire commun centré sur les usages, les attitudes et les opinions relatifs aux substances psychoactives, permet de comparer les consommations dans ces pays et d'étudier leurs évolutions depuis 1995, date de la première enquête.

■ Consommation de tabac

En moyenne en 2007, 58 % des jeunes des pays participants ont déclaré avoir fumé au moins une fois des cigarettes au cours de leur vie et 29 % l'avoir fait au cours des trente derniers jours.

En outre, 2 % des jeunes adolescents européens déclarent fumer au moins un paquet par jour.

Les Autrichiens, les Bulgares et les Tchèques sont les adolescents d'Europe qui présentent les niveaux de consommation les plus élevés (40 à 45 %) ; à l'inverse, les Islandais, les Portugais et les Arméniens présentent des niveaux parmi les plus faibles (7 à 19 %).

La France, avec 30 % de jeunes adolescents âgés de 16 ans ayant consommé des cigarettes au cours des trente derniers jours, se situe dans la moyenne européenne.

■ Consommation d'alcool

L'alcool est le premier produit psychoactif expérimenté : globalement 89 % des Européens âgés de 16 ans ont déjà bu une boisson alcoolisée au cours de leur vie et plus de 60 % en ont bu au cours des trente derniers jours. La bière reste la première boisson consommée à cet âge, viennent ensuite les alcools forts puis le vin.

En ce qui concerne les ivresses, en moyenne, la moitié des jeunes participants de l'enquête ESPAD disent avoir été ivres au moins une fois dans leur vie et 39 % l'avoir été au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête.

28. Les résultats pour la France : Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Hassler C. et Choquet M., «Alcool, tabac et cannabis à 16 ans - Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2007», *Tendances*, n° 64, OFDT, janvier 2009. Le rapport européen est accessible sur le site : www.espad.org.

29. Les pays participants : Allemagne (7 länder), Arménie, Autriche, Belgique (Flandres), Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Estonie, Fédération de Russie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Île de Man, Îles Féroé, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Lituanie, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Suède, Suisse, Royaume-Uni et Ukraine.

30. L'enquête quadriennale ESPAD (*European School Survey on Alcohol and Other Drugs*) est réalisée en France sous la responsabilité scientifique de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et de l'unité 669 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

Les Autrichiens, les Allemands ou encore les Tchèques sont parmi les adolescents les plus consommateurs d'alcool au cours du mois, alors que les Islandais et les Norvégiens se révèlent les moins consommateurs.

Les jeunes Français restent proches de la moyenne européenne : 64 % d'entre eux déclarent au moins un usage de boissons alcoolisées au cours du mois.

Pour ce qui est de l'ivresse au cours des douze derniers mois, les adolescents Français se situent un peu en deçà de la moyenne (36 % contre 39 %).

■ Consommation de cannabis

En 2007, 19 % des jeunes européens de 16 ans ont rapporté avoir déjà expérimenté le cannabis ; 14 % en ont consommé au cours des douze derniers mois alors que sa consommation au cours des trente derniers jours était mentionnée par 7 % des élèves.

Depuis maintenant presque une décennie, les jeunes Français présentent des niveaux d'usages de cannabis au cours du mois parmi les plus élevés d'Europe. Ce résultat est confirmé par les résultats de l'enquête 2007, avec 15 % des adolescents scolarisés déclarant au moins un usage au cours des trente derniers jours.

■ Consommation de tranquillisants et de sédatifs hors prescription

C'est en Pologne, en Lituanie, **en France** et à Monaco que l'on relève une consommation de tranquillisants ou de sédatifs hors prescription médicale de type expérimental ou occasionnel supérieur à 12 % alors que la moyenne européenne s'élève à 6 %.

La France reste parmi les pays les plus consommateurs avec 15 % des jeunes ayant déclaré en avoir déjà consommé au cours de leur vie.

Consommations de tabac, d'alcool et de cannabis chez les collégiens³¹

Les données présentées ci-dessous sont issues de la version française de l'enquête HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*)³², menée en 2006 dans 41 pays ou régions du monde occidental, sous l'égide de l'OMS³³. En France, cette enquête est pilotée par le Service médical du rectorat de Toulouse, en collaboration avec l'Inserm unité 558.

■ Expérimentations

L'expérimentation désigne le fait d'avoir déjà consommé un produit au moins une fois au cours de sa vie. Cette notion englobe donc des consommateurs actuels mais également ceux ayant juste essayé ou ayant déjà abandonné leur consommation. Elle témoigne des premiers contacts avec les substances psychoactives et s'avère, dès lors, un indicateur particulièrement pertinent à l'entrée de l'adolescence, d'autant plus qu'elle permet de comparer les temporalités de diffusion des différents produits.

Dès 11 ans, le produit dont l'expérimentation déclarée est la plus fréquente est l'alcool. Ensuite, se diffusent le tabac, les ivresses alcooliques puis le cannabis.

Ainsi à **11 ans, les deux tiers des garçons et plus de la moitié des filles ont déjà essayé de boire de l'alcool**, alors que seul un garçon sur 10 et une fille sur 20 ont déjà essayé le tabac.

Les ivresses demeurent plus rares à cet âge et concernent autour de 9 % des garçons et 4 % des filles, l'expérimentation du cannabis y étant encore moins répandue (1,5 % des garçons et 0,7 % des filles).

À 13 ans, l'alcool reste en tête des substances psychoactives expérimentées (près des trois quarts des élèves de cet âge, sans différence de sexe). Mais c'est la progression des taux de jeunes ayant déjà essayé de fumer qui est la plus notable, puisqu'à 13 ans, 3 élèves sur 10 sont dans ce cas, garçons comme filles. La progression des ivresses est, elle aussi, à souligner (**15,5 % des élèves de 13 ans ont déjà été ivres**), tout autant que celle des expérimentations de cannabis qui se situent autour de 5 % à 13 ans, chez les deux sexes.

À 15 ans, l'alcool a été expérimenté par plus de 4 élèves sur 5, et l'essai du tabac concerne plus de la moitié d'entre eux, dont près de 6 filles sur 10. Les ivresses continuent de progresser, atteignant le niveau de 4 élèves sur 10, de manière plus marquée chez les garçons que chez les filles. C'est entre 13 et 15 ans que l'expérimentation du cannabis augmente le plus ; elle concerne ainsi 3 garçons de 15 ans sur 10 et un quart des filles du même âge.

31. Texte rédigé par le Dr Emmanuelle Godeau, médecin de santé publique, adjointe au médecin conseiller du recteur de l'académie de Toulouse.

32. Cf. Godeau E, Arnaud C, Navarro F. (dir.), *La santé des élèves de 11 à 15 ans en France, 2006. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children*, coll. « Baromètre santé », Inpes, 2008. Cf. Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Beck F., Godeau E., « Tabac, alcool et cannabis durant la primo adolescence. Résultats du volet français de l'enquête HBSC 2006 », *Tendances*, n° 59, OFDT, février 2008.

33. Nic Gabhainn S., Godeau E., Roberts C., Smith R., Currie D., Pickett W., Richter M., Morgan A. and Barnekow V. (dir.), « Inequalities in Young People's Health. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). International report from the 2005-2006 survey », *Health policy for children and adolescents*, n° 5, World Health Organization Europe, 2008.

En cohérence avec ce qui précède, on notera que **l'âge moyen d'expérimentation du cannabis est de 14 ans dans les deux sexes.**

En résumé, et concernant la dynamique de diffusion des produits dans la population des collégiens, on constate que **l'élévation du niveau d'expérimentation entre 11 et 15 ans est faible pour l'alcool** (elle est multipliée par 1,4 entre ces deux générations), **plus marquée pour le tabac et l'ivresse** (le rapport est de 1 à 7), et **très forte pour le cannabis** (le rapport est de 1 à 25).

Comparés à leurs homologues des 40 autres pays ayant participé à l'enquête HBSC en 2006, les jeunes Français sont dans la moyenne pour ce qui est de l'âge d'initiation au tabac. En revanche, pour ce qui concerne les ivresses précoces³⁴, la France, avec 6 % des filles et 11 % des garçons (pour respectivement 13 et 17 % en moyenne dans tous les pays interrogés), fait partie des bons élèves, tout comme un certain nombre de pays du Sud de l'Europe (Italie, Grèce, Macédoine, Portugal et Espagne) et Israël. Ces chiffres sont à confronter notamment avec ceux du Royaume-Uni, où globalement plus de 2 élèves sur 10 déclarent avoir été ivres à 13 ans ou avant.

La situation est l'inverse pour l'expérimentation du cannabis³⁵ : avec 28 % d'élèves initiés, la France fait partie des 10 pays dans lesquels elle est la plus répandue (le Canada et la Suisse étant en tête avec des taux supérieurs à 3 sur 10), largement au-dessus de la moyenne internationale (18 %).

■ Consommations

Alcool et ivresses

Les déclarations de **consommations au moins hebdomadaires d'alcool sont plutôt rares chez les 11 et 13 ans** (respectivement 3 % et 8 % des filles et 7 % et 11 % des garçons), mais concernent déjà 15 % des filles et 27 % des garçons de 15 ans.

Les données sur les types d'alcools consommés permettent de voir qu'**à tout âge, le cidre est de loin l'alcool le plus consommé**³⁶ par les élèves, suivi du vin (dont le champagne), de la bière et des prémix, les spiritueux arrivant en dernière position. Toutefois, la diffusion de ces boissons évolue avec l'âge. À 11 et 13 ans, le cidre et les vins sont largement plus « consommés » (cidre : 45 % à 11 ans et 55 % à 13 ans ; vins respectivement 28 et 40 %) que les autres types d'alcools (bière 12 et 25 % ; prémix 9 et 25 % ; spiritueux 5 et 16 %). En revanche à 15 ans, les écarts entre boissons sont bien moindres (cidre 57 % ; vins 54 % ; prémix 53 % ; bière 52 % ; spiritueux 43 %).

34. Ivresse précoce : avant 13 ans selon l'âge déclaré de la première ivresse par les élèves de 15 ans.

35. Question uniquement posée à 15 ans dans l'enquête HBSC internationale 2006.

36. Quelle que soit la fréquence : « rarement », « de temps en temps » ou « souvent ».

Près de 6 élèves de 15 ans sur 10 déclarent avoir consommé de l'alcool lors des 30 jours précédant l'enquête et un peu moins d'un sur 10 en avoir bu régulièrement³⁷, les garçons étant deux fois plus nombreux que les filles dans ce dernier cas.

Avoir été ivre plus de deux fois dans sa vie reste rare à 11 ans (moins de 0,5 % des filles et 2 % des garçons), **mais augmente nettement entre 13 et 15 ans** (à 13 ans, filles 6 % ; garçons 5 %), **pour concerner à 15 ans respectivement 18 % des filles et 29 % des garçons**. Deux garçons de 15 ans sur 10 et un peu plus d'une fille du même âge sur 10 déclarent avoir été ivres lors des 30 jours précédant l'enquête.

Comparées à celles des autres pays ayant participé à l'enquête HBSC 2006, les consommations au moins hebdomadaires d'alcool des jeunes Français sont inférieures à la moyenne, surtout à 15 ans (15 % des filles et 27 % des garçons contre 21 et 31 % en moyenne dans les pays participants). Les proportions d'élèves Français ayant déclaré au moins deux épisodes d'ivresse dans leur vie placent la France parmi les 10 pays où ces comportements sont les plus rares. Ainsi à 15 ans, en moyenne 30 % des filles et 37 % des garçons sont dans ce cas dans tous les pays participants, alors qu'en tête du palmarès se trouve le Danemark avec 56 % des filles et 59 % des garçons.

Tabac

Les consommations régulières de tabac sont rares chez les élèves de 11 et 13 ans (11 ans hebdomadaire 1 % ; quotidienne 0 % ; 13 ans : respectivement 5 et 2 %). À 13 ans, la moitié des usages au moins hebdomadaires sont des usages quotidiens sans différence entre les sexes. En revanche, **à 15 ans, l'usage s'intensifie nettement, et concerne un adolescent sur 5 de manière hebdomadaire et presque autant de manière quotidienne** (18 %).

On trouve un lien entre précocité de l'expérimentation et intensité de l'usage : les élèves ayant expérimenté le tabac avant 13 ans ont, lors de l'enquête, un tabagisme significativement plus intensif que ceux l'ayant fait après 13 ans.

Comparés aux taux mesurés dans les autres pays ayant participé à l'enquête HBSC 2006, les données des jeunes Français se situent dans la moyenne, aux trois âges et dans les deux sexes.

Cannabis

Un peu plus d'un élève de 15 ans sur 10 déclare avoir consommé du cannabis lors des 30 derniers jours (filles 11 % ; garçons 14 %). L'usage régulier demeure rare à cet âge (2 % des garçons et 5 % des filles). Pour le cannabis, comme dans le cas de l'alcool, les écarts entre les sexes existent et augmentent avec la fréquence de consommation considérée. **À 15 ans, la consommation régulière de cannabis, déclarée par un jeune sur trente, reste très en retrait de celle d'alcool**.

37. Usage régulier d'alcool ou de cannabis chez les jeunes adolescents : au moins dix épisodes de consommation dans les 30 derniers jours.

De même que pour l'initiation au cannabis, la France se situe largement au-dessus de la moyenne des pays participants à l'enquête HBSC pour les déclarations de consommations dans le mois précédent (6 % des filles et 8 % des garçons). En tête on trouve le Canada (15 % des filles et 17 % des garçons) et l'Espagne, la France arrivant juste après les États-Unis (12 % des filles et 15 % des garçons).

■ Santé, modes de vie et consommations chez les élèves de 15 ans

Au-delà de ces résultats descriptifs, un certain nombre de modèles statistiques³⁸, conduits sur les données des élèves de 15 ans, permettent d'aller plus loin dans la compréhension de ces comportements de consommation, en les contextualisant.

Tabagisme quotidien

À 15 ans, plusieurs variables sont, toutes choses égales par ailleurs, associées au tabagisme quotidien³⁹.

D'abord la sociabilité, puisque **sortir fréquemment⁴⁰ le soir avec ses amis multiplie par 7 le risque de fumer quotidiennement** par rapport à ceux qui ne sortent jamais. Cela renvoie aux occasions de fumer que créent ces événements en partie festifs, d'autant plus qu'ils se déroulent le plus souvent sans surveillance parentale. De même, les adolescents vivant dans une famille monoparentale ont un risque 1,6 fois supérieur aux autres de fumer quotidiennement, sans doute là encore parce que les occasions d'être sans surveillance parentale sont plus nombreuses.

Concernant les variables relatives à l'École, on constate que **les élèves ayant redoublé ont un risque 1,6 fois supérieur d'être fumeurs quotidiens**, alors que le fait d'être solarisé en éducation prioritaire apparaît légèrement protecteur.

Enfin, pour ce qui est de celles relatives à la santé, si la pratique sportive intensive est associée à un moindre risque de tabagisme quotidien, c'est l'inverse pour la santé perçue : **les élèves qui s'estiment en plutôt mauvaise santé sont 2,5 fois plus nombreux que les autres à déclarer fumer chaque jour**. Or, les problèmes de santé entraînés par le tabagisme n'étant généralement perceptibles qu'après plusieurs années, on peut supposer qu'une part de ces adolescents fument pour apaiser tensions ou anxiétés, et/ou qu'ils ont assimilé les discours de santé publique associant tabagisme et problèmes de santé, quand bien même ils sont en bonne santé lors de l'enquête.

38. Modèles de régression logistique permettant de comparer la relation entre la survenue d'un évènement avec telle ou telle variable « toutes choses égales par ailleurs ».

39. Les variables suivantes ont été introduites dans le modèle : sexe, établissement en ZEP, avoir redoublé dans sa scolarité, niveau social (favorisé/moyen/défavorisé), situation familiale (traditionnelle/recomposée/monoparentale), pratique d'une activité sportive (< 1 fois/semaine/1-3 fois/semaine/ ≥ 4 fois/semaine), sorties en soirée avec ses amis (<1 fois/semaine/1-3 fois/semaine/ ≥ 4 fois/semaine), santé perçue (excellente, bonne/assez bonne, mauvaise). Les tableaux complets se trouvent dans le chapitre « Tabac, alcool, cannabis et autres drogues illicites » du rapport national de l'enquête HBSC 2006, cf. note 33.

40. Sorties fréquentes : plus de 4 soirs par semaine.

Usage régulier de boissons alcoolisées au cours du mois

À 15 ans, plusieurs variables sont, toutes choses égales par ailleurs, associées à un usage régulier de boissons alcoolisées lors des 30 jours précédant l'enquête.

D'abord et comme pour le tabagisme, la sociabilité, puisque **sortir fréquemment le soir avec ses amis multiplie par plus de 4 le risque de consommer régulièrement de l'alcool**, par rapport à ceux qui ne sortent jamais, ce qui tend à confirmer le caractère essentiellement festif et non contrôlé de ces sorties.

Concernant les variables relatives à l'École et la pratique sportive, après prise en compte des autres facteurs, aucune variable ne demeure liée à la consommation régulière d'alcool.

Par ailleurs, toutes choses égales par ailleurs, les garçons sont deux fois plus nombreux que les filles à déclarer un usage régulier d'alcool lors du mois précédent.

Enfin, les élèves qui s'estiment en « plutôt mauvaise santé » sont 1,7 fois plus nombreux que les autres à déclarer consommer régulièrement de l'alcool. Ce qui, pour certains d'entre eux, pourrait indiquer un usage anxiolytique de l'alcool issu, comme pour le tabac, de leur assimilation des divers messages de prévention concernant ce produit.

Usage de cannabis au cours du mois

À 15 ans, plusieurs variables sont, toutes choses égales par ailleurs, associées à un usage de cannabis lors des 30 jours précédant l'enquête.

D'abord et comme pour les autres substances, la sociabilité, puisque **les sorties nocturnes fréquentes avec les amis, multiplient par plus de 6 le risque d'avoir consommé du cannabis le mois précédent**, par rapport à ceux qui ne sortent jamais, nouvelle confirmation, si elle était nécessaire, du caractère festif et plus encore non contrôlé de ces sorties.

Après prise en compte des autres facteurs, aucune variable concernant l'École ne demeure liée à la consommation de cannabis.

Toutes choses égales par ailleurs, **les garçons sont 1,5 fois plus nombreux que les filles à déclarer avoir consommé du cannabis lors du mois ayant précédé l'enquête**.

Enfin, pour ce qui est des variables relatives à la santé, si la pratique sportive intensive est associée à un moindre risque de consommation de cannabis, c'est l'inverse pour la santé perçue : **les élèves qui s'estiment en plutôt mauvaise santé sont plus de 2 fois plus nombreux que les autres à déclarer avoir consommé du cannabis**. Pas plus pour le cannabis que pour les substances psychoactives licites, le caractère transversal de ces données ne permet pas d'établir de relation de cause à effet. Plus encore que pour le tabac ou l'alcool, du fait des effets attendus du cannabis, on peut supposer qu'une part de ces adolescents fume du cannabis pour apaiser tensions, mal-être ou anxiété.

Données sur le dopage

Environ 3,4 % des analyses des résultats des contrôles antidopage⁴¹ s'avèrent positives. Toutefois, il faut retirer de ce pourcentage les analyses positives pour les sportifs ayant une justification thérapeutique. Le nombre d'infractions constatées (sportifs réellement déclarés « dopés ») est donc plus faible. Les principales substances détectées sont le cannabis (43 % des cas), les glucocorticoïdes (18 %), les stéroïdes anabolisants (12 %) et les diurétiques (10 %).

Les enquêtes de nature épidémiologique⁴² mettent en évidence que le dopage ne se limite pas seulement aux sportifs de haut niveau, mais potentiellement à l'ensemble des sportifs, quel que soit leur âge, compétiteurs ou non. Ainsi, de 5 à 15 % des adultes et de 3 à 5 % des enfants et des adolescents déclarent avoir déjà utilisé des produits interdits.

41. Rapport d'activité 2007 de l'Agence française de lutte contre le dopage.

42. Laure P, Binsinger C., « Doping Prevalence Among Preadolescents Athletes. A Four-year Follow-up », *British Journal of Sports Medicine*, vol. 41, n° 10, pages 660 à 663, 2007.

* Beck F., Guilbert P., Gautier A., *Baromètre Santé 2005*, Inpes, Paris, 2007.

Prévention et éducation à la santé

Définition de la santé et les chartes de l'OMS

Promotion de la santé et pyramide de Maslow

Déterminants de la santé

Définition de la santé et les chartes de l'OMS

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladies ou d'infirmité. » Il s'agit là d'une conception « nouvelle » de la santé qui n'est plus uniquement l'absence de maladie.

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 celle-ci. En référence à la définition élaborée par l'OMS, sont explicités les moyens d'arriver à ce bien-être : « L'individu ou le groupe doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et transformer son environnement ou s'y adapter. » Se dessine dès lors la prise en compte des différentes dimensions constitutives de la personne : la santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant l'accent sur les ressources socioculturelles et individuelles ainsi que sur les capacités physiques des personnes. Cette charte affirme, par ailleurs, que la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables : la paix, un logement, une éducation, de la nourriture, des revenus, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité.

C'est ainsi que la santé ne s'entend plus par une approche uniquement médicale et les spécialistes (scientifiques et médecins) ne sont plus les seuls interlocuteurs légitimes pour parler de santé. Cette approche globale rend la tâche des professionnels de la prévention plus compliquée : il s'agit en effet, en apportant des informations et des réflexions, de développer des comportements favorables à une « bonne santé ».

Cette charte a été complétée par les nombreuses recommandations et principes énoncés dans les déclarations des conférences mondiales suivantes de l'OMS : recommandations d'Adélaïde sur les politiques publiques saines en 1988 ; déclaration de Sundsvall sur les milieux favorables à la santé en 1991 ; déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle, en 1997 ; déclaration ministérielle de Mexico « des idées aux actes » en 2000 et enfin la charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation en 2005. Cette dernière réaffirme les principes, les valeurs et les stratégies de la charte d'Ottawa et les actualise, en tenant compte de la mondialisation de la santé, caractérisée notamment par les inégalités de santé et les changements environnementaux et sociaux (modes de consommation et de communication, commercialisation, urbanisation). Elle insiste sur la mise en cohérence des politiques à tous les niveaux et la participation de la population au processus de santé.

Promotion de la santé et pyramide de Maslow

Définie « comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé, et d'améliorer celle-ci », la promotion de la santé vise à créer les conditions favorables à la santé au moyen d'interventions à différents niveaux : politiques, communautaires et individuels. Mettre en évidence les « avantages » d'un comportement favorable à la santé est la démarche fondatrice de l'éducation à 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. » (OMS)

■ Hiérarchie des besoins humains : la pyramide de Maslow

Le concept de promotion de la santé est largement basé sur les idées de Maslow⁴³ (1943) selon laquelle chaque individu a tout au long de sa vie des besoins, qu'il va sans cesse chercher à assouvir.

Ces besoins, qui constituent le fondement des motivations de l'individu, sont classés hiérarchiquement sous la forme d'une pyramide composée de cinq niveaux, allant du niveau 1, à la base, au niveau 5 au sommet. Ils sont présents de façon latente chez chaque être humain qui, selon cette théorie, recherche d'abord la satisfaction de ceux situés aux niveaux inférieurs, le passage d'un niveau à un autre, ne pouvant s'effectuer que si le besoin du niveau inférieur est satisfait.

C'est ainsi qu'une personne cherche d'abord à satisfaire ses besoins physiologiques avant tous les autres car ils sont nécessaires à la survie.

Les différents niveaux des besoins humains selon Maslow sont les suivants :

- niveau 1 : les besoins physiologiques qui sont directement liés à la survie des individus ou de l'espèce. Il s'agit des besoins concrets (faim, soif, sexualité) ;
- niveau 2 : le besoin de sécurité qui consiste à se protéger contre les différents dangers qui menacent. Ils recouvrent le besoin d'un abri (logement, maison), la sécurité des revenus et des ressources et la sécurité physique (contre la violence, la délinquance, les agressions, etc.) ;

43. Abraham Maslow, psychologue américain propose en 1943 une classification hiérarchique des besoins.

- niveau 3 : le besoin d'appartenance révèle la dimension sociale de l'individu qui a besoin de se sentir accepté par les groupes dans lesquels il vit (famille, travail, association, etc.) ;
- niveau 4 : le besoin d'estime : l'individu souhaite être reconnu en tant qu'entité propre au sein des groupes auxquels il appartient ;
- niveau 5 : le besoin de s'accomplir est, selon Maslow, le sommet des aspirations humaines. Il vise à sortir d'une condition purement matérielle pour atteindre l'épanouissement.

Ces quatre premiers niveaux sont appelés les *deficit needs* (*D-needs*), ensemble de besoins physiologiques motivants. Chacun de ces éléments est indispensable à une bonne survie. Le cinquième et dernier niveau est classé en *being needs* (*B-needs*), le besoin de s'accomplir et de se réaliser. L'individu, moins sensible à la pression sociale, a ici besoin de maîtriser mais pas forcément d'aboutir.

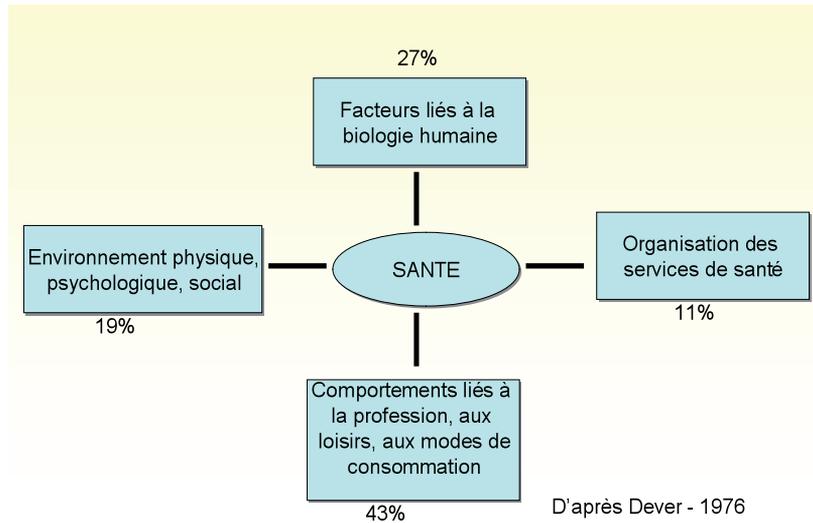
Il est à noter que cette théorie, bien que largement utilisée pour comprendre les motivations de l'être humain, est aujourd'hui contestée car elle possède malgré tout de nombreuses limites. En effet, ce modèle ne prend en compte qu'une population occidentale et instruite et peut ne pas être valide dans d'autres modèles de sociétés. De même, sa légitimité pourrait être mise en cause lors de la prise en compte du contexte social de la population ou de l'individu. En effet, l'individu cherche parfois à satisfaire des besoins d'ordre supérieur même lorsque ceux de la base de la hiérarchie demeurent insatisfaits. Par exemple, le besoin d'estime peut amener à négliger le besoin de sécurité au cours d'activités téméraires mais socialement valorisées (défis et records divers). Par ailleurs, le besoin de se réaliser est parfois si fort qu'il devient prioritaire, prenant le pas sur un ou plusieurs des éléments situés plus bas dans la pyramide.

Déterminants de la santé

Afin de mettre en place un programme pour promouvoir la santé auprès des jeunes, il est nécessaire de connaître les déterminants de leur santé. En effet, une action ne peut être efficace que si elle prend en compte l'ensemble de ces déterminants, qui sont liés :

- à l'individu : habitudes de vie, biologie, compétences, etc. ;
- à l'environnement immédiat : famille, école, soutien social, milieux de vie, environnement physique ;
- à l'environnement global : valeurs sociales, culturelles, politiques, socio-économiques, organisation des services.

Agir sur un seul déterminant réduira l'efficacité de l'action.



Un adolescent peut faire face à de multiples situations, contraintes ou pressions extérieures qui peuvent l'influencer dans son cheminement personnel et social. Comprendre les différents facteurs qui influencent les comportements à risque permettra d'agir de manière beaucoup plus adaptée et cohérente sur l'ensemble des déterminants.

Programmes de prévention en milieu scolaire **E**

Conditions d'efficacité et effets iatrogènes

Programmes de prévention validés

Conditions d'efficacité et effets iatrogènes

L'objectif ultime des programmes de prévention des conduites addictives en milieu scolaire est l'abstinence. Cependant, il n'est pas réaliste de penser que tous les élèves vont s'abstenir. On sait que plus la première consommation est précoce, plus la probabilité est élevée que cette consommation entraîne des problèmes de dépendance et ultérieurement de santé⁴⁴. Il va donc s'agir de mettre en œuvre des interventions qui visent à :

- permettre aux élèves d'adopter un comportement responsable et éclairé vis-à-vis des addictions,
- et retarder l'âge de la première consommation.

La période où l'intérêt des jeunes pour la consommation commence à se faire sentir – mais où il n'y a pas eu de première consommation pour la majorité d'entre eux –, est particulièrement propice à la mise en œuvre d'interventions de prévention (cette période diffère selon les produits ; elle se situe par exemple vers 11-12 ans pour l'alcool). De manière générale, les résultats des recherches tendent à montrer que les programmes de prévention des addictions en milieu scolaire les plus efficaces sont ceux qui s'adressent aux 11-14 ans⁴⁵.

■ Caractéristiques des programmes efficaces

Modèle des influences sociales et modèle de l'amélioration des compétences : aptitudes à la vie quotidienne

Les approches actuellement recommandées sont celles fondées sur ces modèles car la recherche a permis de démontrer qu'ils étaient les plus efficaces. Ils sont préconisés pour augmenter le niveau de conscience sur la part de l'influence sociale dans l'usage de drogues, mais aussi pour développer des compétences cognitives, sociales et émotionnelles chez les élèves⁴⁶.

Méthodes interactives

Les revues de littérature les plus récentes sur les programmes de prévention des addictions en direction des jeunes concluent unanimement à l'efficacité des programmes qui privilégient une approche interactive. Cette approche suppose l'implication réelle des éducateurs comme des jeunes.

44. McGrath Y. et al., *Drug Use Prevention Among Young People: A Review of Reviews. Evidence Briefing Update*, National Institute for Health and Clinical Excellence, janvier 2006.

45. Gottfredson D. C., Wilson D. B., « Characteristics of Effective School-based Substance Abuse Prevention », *Prevention Science*, vol. 4, n° 1, pages 27 à 38, 2003.

46. Bantuelle M., Demeulemeester R. (dir.), *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*, coll. « Référentiels », Inpes, 2008.

«Les programmes interactifs se sont révélés deux à quatre fois plus efficaces que les programmes qui ne l'étaient pas.» La méta-analyse de Tobler et Stratton (1997) a fourni une perspective utile sur le type d'interactivité qui est le plus efficace. Ils ont découvert que les programmes mettant l'accent sur l'interaction élève-élève, plutôt que sur l'interaction élève-enseignant, avaient des effets beaucoup plus positifs sur la consommation de drogues par les élèves. Ils ont prouvé que c'est l'interaction entre camarades de classe, structurée et non structurée et axée sur des tâches précises, qui est la variable importante en matière d'efficacité du programme. Dans cette démarche, les élèves doivent avoir l'occasion d'interagir en petits groupes, pour tester et échanger leurs idées sur la façon de réagir face à la drogue et de recevoir de la rétroaction de leurs pairs, dans un environnement où ils se sentent à l'aise. Tobler (2000) va même plus loin et suggère que c'est l'échange d'idées et d'expériences entre les élèves, et l'occasion de pratiquer de nouvelles habiletés et de recevoir de la rétroaction sur la pratique de ces habiletés, qui sert de catalyseur du changement plutôt que le contenu même du programme. Le rôle de l'enseignant (e) ou du (ou de la) chef de groupe, dans ce type de séance, est d'instaurer un climat ouvert où on ne juge personne, de gérer la démarche en tant que facilitateur (plutôt que présentateur) et d'utiliser au mieux l'occasion que les élèves ont de pratiquer leurs habiletés et d'échanger entre eux. L'enseignant joue également un rôle important : en rectifiant les erreurs de perception et en offrant de l'information lorsque c'est nécessaire.

Les techniques suivantes fonctionnent bien dans cette démarche : jeu de rôle, questionnement socratique, simulations, remue-méninges, apprentissage coopératif, discussion entre pairs et projets d'apprentissage par le service⁴⁷.

Durée et intensité des programmes

Même si les résultats des recherches sont moins significatifs pour ces caractéristiques, il est généralement recommandé d'intervenir dans la durée (une dizaine de séances par an pour le collège) et d'intervenir ensuite tout au long de la scolarité par 3 à 5 séances de renforcement. Cependant, il est à noter que certaines interventions courtes (1 à 6 séances) ont prouvé leur efficacité pour certaines populations particulièrement à risque.

■ Effets iatrogènes

Près de 30 % des programmes de prévention des toxicomanies chez les jeunes au cours des 25 dernières années ont produit des effets iatrogènes, c'est-à-dire qu'ils ont entraîné une augmentation de plusieurs, sinon de la majorité des comportements qu'ils visaient à prévenir ou à faire diminuer⁴⁸.

47. Roberts G. et al., «Prévention des toxicomanies par les écoles et par l'intermédiaire des écoles», *Santé et apprentissage*, n° 5, pages 24 à 30, 2008.

48. Werch C. E. et Owen D. M., «Iatrogenic Effects of Alcohol and Drug Prevention Programs», *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 63, n° 5, pages 581 à 590, 2002. Moos R. H., «Iatrogenic Effects of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders: Prevalence, Predictors, Prevention», *Addiction*, vol. 100, n° 5, pages 595 à 604, 2005.

La moitié de ces programmes reposaient sur des stratégies de transmission de connaissances ou de raisonnement planifié. Certaines études ont montré que ce type de stratégie pouvait avoir pour conséquence d'éveiller la curiosité du jeune ou son sens du risque⁴⁹. L'autre moitié n'avait pas pour objectif d'enseigner aux jeunes des stratégies de résistance aux influences sociales.

Par ailleurs, les programmes visant plusieurs substances peuvent avoir pour conséquence de faire apparaître, par contraste, certaines d'entre elles moins nocives aux yeux des jeunes (exemple alcool ou marijuana contre héroïne)⁵⁰.

«La presque totalité des études qui ont produit des effets iatrogènes ont utilisé un format de groupe. Ce type de format peut engendrer une dynamique favorable à un "entraînement à la déviance". Une série d'études de Dishion et de ses collaborateurs sert à illustrer ce point⁵¹. Ces auteurs ont observé les interactions entre les adolescents pendant les ateliers de prévention et ont mis en évidence un processus d'entraînement à la déviance en vertu duquel les participants plus jeunes ou moins expérimentés encourageaient (par des rires ou des approbations verbales) les plus vieux ou les plus expérimentés lorsque ces derniers exprimaient des opinions favorables à la consommation de certaines substances ou parlaient de leur expérience en regard de ces substances. Les plus vieux se trouvaient alors valorisés dans leur rôle de leaders et de modèles. Dishion et ses collaborateurs ont constaté que cette culture déviante était particulièrement prévalente dans les groupes où les animateurs manquaient d'expérience⁵².»

Frank Vitaro souligne que si les risques d'effets iatrogènes sont réels, ils ne doivent pas décourager la mise en œuvre d'interventions mais imposent une vigilance accrue de la part des praticiens et la nécessité d'une évaluation rigoureuse du résultat des actions.

Ainsi, il recommande :

- des groupes de petites tailles qui seront plus réceptifs aux messages de l'éducateur ;
- des groupes plus homogènes par rapport à leur expérience des psychotropes ;
- des animateurs formés au processus d'entraînement à la déviance et préparés à le déjouer.

Il indique que ces stratégies ont été éprouvées avec des résultats prometteurs.

49. Kinder, 1980.

50. Werch et Owen.

51. Dishion T. J. et Andrews D. W., «Preventing Escalation in Problem Behaviors with High-risk Young Adolescents: Immediate and 1-year Outcomes», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63, n° 4, pages 538 à 548, 1995. Dishion T. J., Mc Cord J. et Poulin F., «When Interventions Harm: Peer Groups and Problem Behavior», *American Psychologist*, vol. 54, n° 9, pages 755 à 764, 1999.

52. Vitaro F., *Prévention des toxicomanies, surtout ne pas nuire*, 2007.

On parle de plus en plus de prévention universelle, sélective et indiquée

- **La prévention universelle** concerne la population générale sans profil à risque particulier. Les actions qui sont liées à cette forme de prévention comprennent, entre autres, les campagnes de sensibilisation, les programmes de prévention à l'école ainsi que les programmes sur les habiletés de parents.
- **La prévention sélective** est axée sur des groupes, des familles et des communautés spécifiques chez qui l'on observe généralement des facteurs de risque sociaux et qui sont davantage exposés à un risque de toxicomanie ou de dépendance. Elle est guidée par des indicateurs sociodémographiques, tels que le chômage, la délinquance et le décrochage scolaire.
- **La prévention indiquée** concerne des personnes qui présentent des facteurs de risque observables au niveau de l'individu. Les efforts de prévention indiquée ciblent la population qui est visée par la catégorie de « l'abus de substance ».

Cette classification permet d'intégrer les variables sociales et individuelles car la consommation de substances seule n'est pas un bon indicateur des risques.

P Programmes de prévention validés

■ Exemple de programme indiqué : *Montreal Prevention Experiment*

Montreal Prevention Experiment (Tremblay, Montreal) 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 (autorégulation, comportement prosocial...) 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 deux 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 deux 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 préadolescence, moins de comportements agressifs et délinquants et moins de consommations abusives d'alcool et de drogues.

■ Exemple de programme universel : *Life Skills Training*

Life Skills Training (G. Botvin, USA) est un programme de prévention contre le cannabis, le tabac et l'alcool de type universel en milieu scolaire (école primaire, collège). Il s'agit d'un programme éducatif interactif reparti sur trois années visant à développer les facteurs psy-

chosociaux 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 (par exemple la 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 d'exercices à faire à la maison. Elles sont animées par les enseignants 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 de 59 % à 75 % plus faible (selon les études) dans le groupe ayant bénéficié du programme comparativement à un groupe contrôle six ans après. Cette réduction se maintiendrait à environ 45 %.

■ Exemple de programme anglo-saxon implanté en France : « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle »

Le programme «Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle» (J. Fortin) 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). Ce programme 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 de cas-témoin, Bowen et al., 2000) et aux États-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).

Validation des outils

Face à une production importante d'outils de prévention et à leur grande diversité, tant dans leurs contenus, leurs formes, leurs destinataires, témoignage de la richesse des actions mises en place mais aussi de l'expression du débat sur la drogue que celui-ci suscite, la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie a innové, en 2000, en créant la commission nationale de validation des outils de prévention des usages des produits psychoactifs. Composée de représentants des administrations membres du comité interministériel de la MILDT et d'experts scientifiques du champ, elle est présidée par le président de la MILDT.

La commission est un observatoire privilégié des actions de prévention menées sur le territoire qui a l'ambition de servir de référence, à la production d'outils d'une part en s'assurant qu'ils correspondent aux orientations du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies, et, d'autre part, en recommandant au niveau national et local (par l'intermédiaire du chef de projet MILDT, directeur de cabinet du préfet) des outils validés.

La commission nationale assure trois fonctions complémentaires.

Une fonction d'observation

- Elle porte un regard sur l'ensemble des actions de prévention, répertorie ce qui est fait, relève ce qui manque ;
- elle fournit, par l'ensemble des choix qu'elle opère, un ensemble de références ;
- elle constitue, au niveau national, une banque de données accessible à tous.

Une fonction d'appui

- Elle apporte un soutien technique aux concepteurs de projets ;
- elle indique aux services déconcentrés des divers ministères les seuls outils de prévention validés et recommande leur usage auprès des autres structures (associations...) ;
- elle aide les promoteurs d'actions et de projets en favorisant la valorisation des outils validés.

Une fonction de validation

- Elle analyse les outils qui lui sont proposés : objectifs, références théoriques, destinataire(s), méthodologie, partenariat, financement, éthique... ;
- elle garantit la fiabilité des contenus et une cohérence des messages de prévention avec les objectifs poursuivis.

Cette commission émet, après délibération de ses membres, des avis décisionnels. Elle se réunit quatre fois par an pour :

- donner un avis sur les outils en fonction des critères de respect des personnes et des lois, de qualité scientifique, pédagogique et technique et d'adéquation entre le public visé et l'outil lui-même ;
- décider des orientations nécessaires, concernant l'adaptation des outils aux évolutions de la prévention et l'amélioration du fonctionnement du dispositif.

La MILDT publie sur son site l'ensemble des outils validés, classés par thématique. Chaque outil est accompagné d'une fiche descriptive facilitant ainsi la recherche du professionnel. Elle indique notamment le public destinataire de l'outil **www.drogues.gouv.fr**.

Quelques outils de projets de prévention

Exemple d'un projet dans le cadre du CESC

Exemples de fiches d'après l'outil Profedus

Projets de prévention dans les établissements agricoles

Interventions de partenaires

Exemple d'un projet dans le cadre du CESC⁵³

■ Problématiques et objectifs des actions

Axe 1

Constat : banalisation de l'usage du cannabis, de l'alcool et du tabac.

Objectif de l'action : prévenir la consommation des produits psychoactifs : tabac, alcool, cannabis en 2006-2007 et 2007-2008

Axe 2

Constat : augmentation des conduites violentes associées à la prise de produits psychoactifs chez les adolescents.

Objectif de l'action : prévention des accidents de la voie publique (AVP), en lien avec la consommation de produits psychoactifs en 2007-2008.

Le lycée Jules Marey et l'Espace santé jeunes ont souhaité mettre en place un projet de prévention des risques auprès des lycéens sur deux années scolaires.

■ Descriptif des actions

Axe 1

Public concerné : lycéens, personnels, parents.

Les objectifs en 2006-2007 : connaître le public de consommateurs, faire le point sur leur consommation, identifier leurs niveaux de connaissance, évaluer les besoins d'informations, analyser les données de l'enquête par questionnaire, mettre en œuvre une programmation d'actions adaptées à la demande de la communauté scolaire.

- 1^{er} trimestre : conférences de professionnels pour connaître les adolescents, les produits, les comportements à risque ;
- 1^{er} et 2^e trimestres : élaboration de questionnaires par les élèves SPVL (Services proximité et vie locale) ;
- 3^e trimestre : passation du questionnaire à toute la communauté scolaire.

53. Projet d'un lycée professionnel de l'académie de Versailles mené avec des partenaires locaux dans le cadre du CESC.

Objectifs de février à avril 2008

- En février : 4 journées d'intervention du J-BUS pour approfondir les points abordés en petit groupe.
- En mars : 2 journées d'animations de groupes classes avec la compagnie théâtrale «Entrée de jeux» sur le thème «Abus d'excès» pour susciter la réflexion (4 séances) et un forum associatif avec exposition pour répondre aux besoins d'informations et mettre les élèves en relation avec les lieux ressources.
- Fin mars-début avril : mise en place d'un débat pour les parents et les adultes du lycée. Pendant toute la durée des actions, permanences d'écoute d'un psychologue expérimenté en matière de consommation des produits ainsi que d'un tabacologue.

Axe 2

Public concerné : lycéens des classes de terminale BEP/Bac Pro/SMS.

Les objectifs : répondre à la demande d'informations sur les produits licites et illicites, informer et sensibiliser sur les facteurs à risque liés à l'association produits psychoactifs et circulation automobile/deux roues. Identifier les lieux ressources.

En novembre 2007 : dans le cadre de la «semaine santé» de Boulogne, théâtre interactif avec la compagnie théâtrale «Entrée de jeux» sur le thème «Abus d'excès». Deux séances réparties le matin et l'après-midi, forum avec une association de prévention routière, un policier formateur anti-drogue, un tabacologue, l'Espace santé jeunes.

Évaluation quantitative : nombre d'élèves participants, de partenaires, de rencontres préparatoires, d'actions et d'élèves par actions, de passages et de documents distribués sur les forums, de rencontres individuelles suite aux actions collectives.

Évaluation qualitative : qualité des débats, des échanges dans les groupes de parole, intérêt et prise de parole dans les groupes, investissement des partenaires et des professionnels, des élèves qui participent à l'organisation, recueil de l'avis des différents acteurs.

Suite de l'action : associer les parents au projet. Organisation d'une soirée débat autour de ce thème en mars 2008.

Exemples de fiches d'après l'outil Profedus⁵⁴

■ Introduction

La biologie, la physique, le français comme les autres matières d'enseignement renvoient à des disciplines ayant leur consistance propre. Il ne peut être question de se situer dans une perspective d'instrumentalisation, mais plutôt de voir comment un travail s'inscrivant dans les programmes scolaires peut apporter une contribution spécifique à la prévention des conduites addictives.

Si nous prenons l'exemple de la biologie, le point clé d'une approche des contenus scientifiques dans une telle perspective est la nécessité que ce qui est découvert par des approches scientifiques du réel ne reste pas extérieur au rapport que l'enfant entretient à lui-même. Cela concerne tant l'approche mise en œuvre (un rapport rationnel au réel) que les contenus. En tout état de cause, le caractère scientifique de la progression dépend de la mise en activité réelle des enfants, de la prise en compte de leurs représentations et de leur mise en situation de recherche de preuves. Dans le cadre de l'enseignement artistique, alors même que la place des émotions, du perçu par rapport au réel, ou encore des sentiments et de la gestion des émotions est centrale, il s'agit bien de la construction de l'élève comme être sensible dont il est question. Ces éléments prennent toute leur place dans le cadre d'une démarche de prévention et de développement de compétences personnelles, sociales et civiques.

Pour un travail de prévention des conduites addictives en classe, nous proposons un ensemble de neuf séances de classes tel qu'il peut être conduit dans le cadre des enseignements au collège au cycle central (4^e/3^e). Ces séances sont issues du guide *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants?*⁵⁵.

Ces neuf séances présentent une particularité : celle de s'inscrire dans un projet pluridisciplinaire associant plusieurs enseignants. Elles se décomposent en un premier module de trois séances (en SVT, en physique chimie, en technologie en lien avec l'enseignant documentaliste). Pour un travail complémentaire sur le développement des compétences du socle commun, un module de six séances est ensuite proposé.

■ Démarche pluridisciplinaire de prévention des conduites addictives au collège

Module 1 (3 séances)

Travailler sur le produit «Tabac» : mieux le connaître, mieux identifier ses dangers, prendre conscience de son image médiatique :

54. Coproduction INPES-réseau des IUFM en éducation à la santé et prévention des conduites addictives. Jourdan D., Broussouloux S., *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants?*, coll. «Santé en action», Inpes, Saint-Denis, 2010.

55. Cf. note 56.

- la contribution de la SVT avec «la toux du fumeur» ;
- la contribution de la physique chimie avec la «fumée de cigarette, un cocktail de plus de 4 000 substances» ;
- la contribution de la technologie dans le cadre d'un travail de documentation avec «l'image du tabac dans notre société».

Module 2 (6 séances)

Travailler sur les compétences personnelles, sociales et civiques :

- «se présenter», «le portrait chinois», «qui suis-je aujourd'hui?», «les cartes des émotions», «quelques expériences de vie», «les contes» : présentation de pistes pédagogiques pouvant venir prendre place dans les enseignements du français, de l'éducation civique et de l'histoire géographique.

■ Exemples de séances de classe intégrées à une démarche pluridisciplinaire de prévention des conduites addictives

Module 1

Travailler sur le produit «Tabac» : mieux le connaître, mieux identifier ses dangers, prendre conscience de son image médiatique

La contribution des svt : « la toux du fumeur »

Niveau concerné : 5^e/4^e (cycle central)

Notion abordée : des substances nocives, plus ou moins abondantes dans l'environnement perturbent le fonctionnement de l'appareil respiratoire. Elles favorisent l'apparition de certaines maladies.

Compétences : relier les perturbations du fonctionnement de l'appareil respiratoire à la présence de substances nocives.

Place dans la progression : après avoir vu le renouvellement des gaz dans le sang et les organes permettant le trajet de l'air dans l'organisme.

Déroulement de la séance

- Situation initiale/constat : après de nombreuses années de tabagisme, au matin, le fumeur tousse : c'est la «toux du fumeur» que l'on peut appeler aussi bronchite chronique. Elle permet à l'individu d'évacuer une substance gluante que chacun d'entre nous fabrique et que l'on appelle mucus.
- Problème : comment l'expliquer cette toux matinale alors que l'individu n'a pas fumé durant la nuit ?

- Émission d'hypothèses : un fumeur produit plus de mucus qu'un autre. Comme il ne tousse pas en dormant, il est obligé de le faire au matin. Il tousse parce que son appareil respiratoire est irrité. **À partir des deux documents, expliquer en 2 ou 3 phrases pourquoi le fumeur tousse le matin.**

Capacités travaillées : s'informer/communiquer.

Prolongement possible : rechercher les conséquences du dépôt des goudrons (dans les alvéoles pulmonaires) sur le renouvellement des gaz dans le sang.

Document 1

Voici quelques effets de quelques substances contenues dans la fumée de cigarette :

- les substances irritantes de la fumée détruisent les cils qui tapissent les parois des voies respiratoires, entraînant des bronchites chroniques ;
- les goudrons se déposent le long des voies respiratoires. Ils augmentent l'épaisseur de la paroi à traverser par les gaz et finissent par boucher des alvéoles. Ils provoquent l'apparition de cancers (15 fois plus fréquents chez les fumeurs que chez les non-fumeurs) ;
- la nicotine provoque la contraction des bronches, ce qui s'oppose à la circulation de l'air.

Outre ces effets sur l'appareil respiratoire, les substances contenues dans la fumée de cigarette ont d'autres effets néfastes sur le système nerveux, le transport des gaz par le sang...

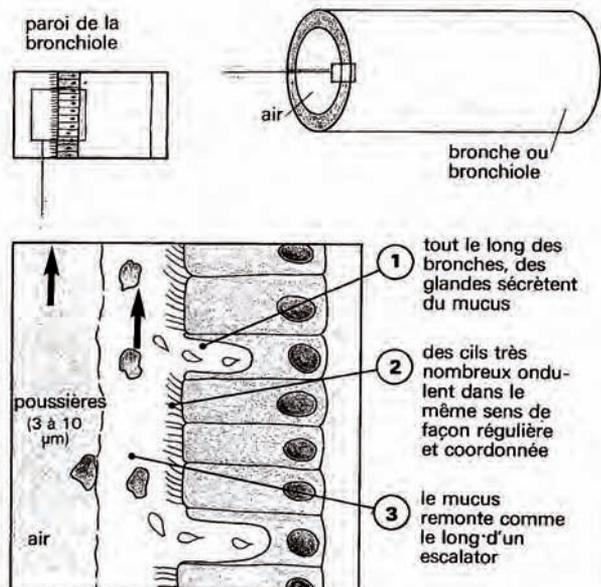
Document 2. Le mucus : un piège à poussières

Un adulte respire environ 15000 litres d'air par jour. Avec les gaz, il inhale de très nombreuses poussières, petites particules en suspension dans l'air, de tailles diverses (0,02 à 100 millièmes de millimètre).

À chaque inspiration, des poussières pénètrent dans nos voies respiratoires. Les grosses particules sont arrêtées par les poils du nez. Les particules plus petites se déposent sur le film de mucus recouvrant des petits cils des parois des fosses nasales, de la trachée, des bronches et des bronchioles. Seules les particules les plus fines arrivent aux alvéoles.

Les cils qui tapissent les parois jouent un très grand rôle dans l'élimination des poussières. En battant régulièrement et de façon coordonnée, ils créent un mouvement qui entraîne, comme un tapis roulant le mucus et les poussières piégées vers le nez.

Arrivé dans le pharynx, le mucus est ensuite avalé.



La contribution de la physique chimie : « La fumée de cigarette, un cocktail de plus de 4 000 substances »

Niveau concerné : 5^e/4^e (cycle central)

Notion abordée : la toxicité des psychotropes.

Déroulement de la séance

- Situation initiale/constat : la composition de la fumée de cigarette est méconnue. Elle fait l'objet de représentations erronées de la part des élèves, constat facilement mis en valeur par un échange avec les élèves à la suite du quiz (document 1, page suivante).
- Problème : le document 1 fait émerger la difficulté que l'on a à décrire la composition réelle de la fumée de cigarette. Le recours à un document scientifique est nécessaire. En effet, sur un paquet de cigarettes, la nicotine et les goudrons ne sont pas indiqués. Sont-ils aussi cancérigènes ? Quelles substances se cachent sous l'appellation goudrons ? Le filtre enlève-t-il toutes les substances de l'air inhalé ?
- Émission d'hypothèses : les élèves se regroupent par binôme. Ils ressentent la nécessité d'une recherche documentaire sur les goudrons et la nicotine. Ils recherchent des montages pour récupérer la fumée d'une cigarette avec filtre : aspiration avec une seringue, avec une trompe à eau... Ils mettent en commun les montages schématisés. Le montage le plus pertinent est choisi.
- L'investigation : la recherche documentaire est réalisée (documents MILDT, INPES, EPICEA...). La combustion de la cigarette est effectuée. Chaque binôme rédige un compte rendu de ses recherches et de son expérience.
- L'échange : les résultats sont mis en commun.
- L'acquisition et la structuration des connaissances : les élèves copient dans leur cours les nouveaux éléments de connaissance : la composition de la fumée de cigarette, les limites de la filtration, la trompe à eau.
- L'opérationnalisation des compétences : réactions sur le questionnaire.
- De nouveaux problèmes émergent :
 - le tabac et la citoyenneté : la loi (éducation civique),
 - l'histoire du tabac (histoire),
 - la dépendance à la nicotine (environnementale ou comportementale, physique, psychologique), le syndrome de manque, les solutions pour arrêter de fumer... (SVT) ;
 - l'industrie du tabac : la cigarette est un produit de marketing (technologie).

Capacités travaillées : s'informer/communiquer.

Prolongement possible : un travail similaire peut être engagé sur d'autres psychotropes (cannabis, alcool) en s'intéressant par exemple aux propriétés physico-chimiques de ces substances.

Document 1

QUIZ					
1. Selon toi, le tabac est une drogue ?	OUI			NON	
2. Le tabac est en vente libre. Est-ce que cela veut dire qu'il n'est pas dangereux pour la santé ?	OUI			NON	
3. Es-tu dépendant si tu fumes plus de 5 cigarettes par jour ?	OUI			NON	
5. Pour arrêter de fumer, c'est facile : il suffit d'y mettre de la bonne volonté	OUI			NON	
6. Pourquoi fume-t-on ?	Par plaisir	Pour se détendre	Pour faire comme les autres	Pour ne pas grossir	Pour frimer

Source : d'après le Quiz Cd-rom, *La face cachée de Métacaal : médicaments, tabac, cannabis, alcool : un parcours interactif dans l'univers des drogues* [1 Cd-rom, 2 livrets] AMPPTA, Marseille, 2001.

Le professeur présente un autre document (document 2) indiquant les substances chimiques présentes dans une cigarette.

Document 2. Composition de la fumée de cigarette

DANGER POISON !

EN FUMANT ON INHALE JUSQU'À 4 000 SUBSTANCES CHIMIQUES, DONT CES POISONS !

Acétone (dissolvant)	Acide cyanhydrique (employé dans les chambres à gaz)
Naphtylamine*	Ammoniac (détergent)
Méthanol (carburant de fusée)	Uréthane*
Pyrène*	Toluène (solvant industriel)
Diméthylnitrosamine	Arsenic (poison violent)
Naphtalène (antimite)	Dibenzacridine*
Cadmium* (utilisé dans les batteries)	Phénol
Chlorure de vinyle*	DDT (insecticide)

* Substances cancérogènes connues

DANGER POISON !

Source : *Physique Chimie 3^e*, coll. «étincelle», Hachette Éducation, 2003.

La contribution de la technologie : « L'image du tabac dans notre société »⁵⁶

Niveau concerné : 5^e/4^e (cycle central)

Approche technologique traitée : la communication et la gestion de la communication.

Compétences : être en mesure d'utiliser de manière raisonnée les TIC dans le cadre d'un projet transdisciplinaire.

Place dans la progression : dans le cadre du développement des compétences nécessaires à l'utilisation des TIC autour de centres d'intérêt.

Déroulement de la séance

- Situation initiale/Constat : l'initiation tabagique est souvent liée au besoin d'« être grand », de « faire partie du groupe des grands ».

Le rôle du modèle tient ici une place importante qui peut être travaillé en classe par le biais des images véhiculées dans notre société. La vision souvent très stéréotypée qui accompagne les images mettant en scène la cigarette tend à donner à celle-ci un statut social et socialisant spécifique. Ainsi, par exemple, la cigarette est tantôt associée à un côté « glamour », tantôt à un côté « viril » qui la place comme un élément central dans la relation à l'autre.

Phase 1

Objectif opérationnel : adopter un questionnement initial : « Pourquoi commence-t-on à fumer ? »

Réponses attendues : parce qu'on est grand, parce qu'on a envie d'être grand, parce que l'on veut essayer pour faire comme les autres.

Phase 2

Objectif opérationnel : *approfondir ce questionnement.*

Constituer un corpus d'images « Tabac et célébrités », rechercher en quoi la cigarette est associée à certains stéréotypes tels que se sentir adulte, libre, d'avoir une illusion de force et de maturité (homme) ou de séduction (femme).

Questionnement : « Quelle est, à votre avis, l'image renvoyée par le tabac dans notre société et que l'on associe consciemment ou inconsciemment à la cigarette ? »

Travail de recherche : travail de recherche, sur Internet, d'images présentant des célébrités s'affichant en train de fumer. Cette activité débouche sur la constitution d'un document du type « document 1 ».

Capacités travaillées : rechercher/se documenter/débattre.

Prolongement possible : un prolongement intéressant peut être fait autour du débat suscité par les interventions graphiques sur certaines images célèbres (par exemple la cigarette de Malraux).

⁵⁶. Cette fiche a été rédigée par l'équipe de recherche en éducation à la santé, laboratoire PAEDI-EA 4285.

Module 2

Travailler sur les compétences personnelles et sociales

Contribuer au développement des compétences personnelles, sociales et civiques (activités transversales)

Niveau concerné : 5^e/4^e (cycle central) ou tout niveau collège

- **Objectif de cette démarche transversale :** travailler la connaissance de soi et la confiance en soi dans le but d'aider les élèves à agir de façon autonome et responsable.

Il ne suffit pas de disposer d'informations pour être capable de prendre en charge sa propre santé, de faire des choix libres et responsables. La connaissance de soi, de ses ressources comme de ses limites, une vision positive de soi comme la capacité à identifier et à gérer ses émotions, à résister à la pression ou à faire preuve de solidarité sont des compétences essentielles.

Les activités décrites ici contribuent à l'éducation à la santé et à la citoyenneté, en soutenant le développement de l'autonomie de l'adolescent. Elles facilitent sa socialisation, en l'aidant à réfléchir aux modèles qui lui sont proposés et en renforçant sa capacité à faire des choix positifs pour sa santé.

- Compétences à développer
 - Avoir confiance en soi, s'affirmer de manière constructive.
 - Exprimer et communiquer les émotions ressenties.
 - Développer des compétences de communication verbale, oser prendre la parole.
 - Respect de soi et respect des autres (civilité, tolérance, refus des préjugés et des stéréotypes).
 - Améliorer sa volonté de résoudre pacifiquement les conflits.
 - Exercer son sens de la responsabilité vis-à-vis de soi et des autres.

Disciplines sollicitées : français, éducation civique, histoire géographie avec l'objectif d'acquérir les moyens d'un regard critique vis-à-vis de son environnement (savoir résister à la pression des pairs, développer une pensée créative et critique, savoir construire son opinion et pouvoir la remettre en question, Identifier, dans l'environnement, les personnes et les institutions susceptibles de venir en aide en cas de difficulté).

IMPORTANT !

Les compétences sociales et civiques telles que décrites dans le pilier 6 du socle commun de connaissances et de compétences (respect de soi et des autres, capacité à communiquer, savoir reconnaître et nommer ses émotions, ses impressions, pouvoir s'affirmer de manière constructive...) renvoient souvent plus à un travail quotidien de l'équipe d'établissement qu'à des séances de classe bien identifiées. C'est au travers d'activités liées à la littérature, aux arts plastiques, à l'éducation physique et sportive ou aux sciences comme dans la vie à l'école que se construisent progressivement ces compétences. La demi-heure de vie de classe offre ici la possibilité d'un travail spécifique et explicite sur les compétences personnelles, sociales et civiques.

La principale difficulté sur ce sujet est de maintenir le juste équilibre entre expression des élèves et respect de leur intimité. Il ne s'agit jamais pour l'enseignant de se transformer en psychologue ! C'est grâce à la médiation des activités de classe que les élèves sont conduits à acquérir les moyens de reconnaissance et d'expression des émotions. En tout état de cause, il convient de prendre en compte la diversité des élèves, de rester à l'écoute de chacun tout en maintenant une cohérence de groupe dans les différentes activités proposées. Il peut arriver que des élèves expriment des difficultés spécifiques au cours de telles progressions. Le professeur fera alors appel à l'équipe médicosociale de l'établissement pour être conseillé sur son action.

Objectifs	
<p>Avoir confiance en soi, s'ouvrir à l'autre en reconnaissant ses qualités, s'affirmer de manière constructive, mieux gérer les conflits sont des objectifs au carrefour de l'éducation pour la santé et de l'éducation à la citoyenneté. Mieux se connaître, mieux s'estimer permettent de renforcer son identité, de lever certaines craintes par rapport à l'autre et de s'ouvrir plus facilement à l'altérité. S'apprécier, apprécier les autres dans leurs différences engageant au respect mutuel, à la tolérance. Avoir une meilleure estime de soi, c'est prendre plus facilement sa place dans la société et y apporter sa contribution comme citoyen.</p>	
Déclinaison des objectifs*	
Maîtrise de la langue française	<p>Acquérir un vocabulaire juste et précis pour désigner des objets réels, des sensations, des émotions, des opérations de l'esprit, des abstractions.</p> <p>Savoir prendre la parole en public, prendre part à un dialogue, un débat : prendre en compte les propos d'autrui, faire valoir son propre point de vue.</p> <p>Développer l'ouverture à la communication, au dialogue, au débat.</p>
Principaux éléments de mathématiques et de culture scientifique	<p>Maîtriser des connaissances sur l'Homme : unicité et diversité des individus qui composent l'espèce humaine.</p>
Culture humaniste	<p>Participer à la construction du sentiment d'appartenance à la communauté des citoyens, aider à la formation d'opinions raisonnées, préparer chacun à la construction de sa propre culture et conditionner son ouverture au monde.</p> <p>Comprendre l'unité et la complexité du monde.</p> <p>Avoir une approche sensible de la réalité.</p>
Compétences sociales et civiques	<p>Savoir communiquer et travailler en équipe, ce qui suppose de savoir écouter, faire valoir son point de vue, négocier, rechercher un consensus, accomplir sa tâche selon les règles établies en groupe.</p> <p>Savoir reconnaître et nommer ses émotions, ses impressions, pouvoir s'affirmer de manière constructive.</p> <p>Développer le respect de soi et le respect des autres (civilité, tolérance, refus des préjugés et des stéréotypes).</p> <p>Construire son opinion personnelle et pouvoir la remettre en question, la nuancer (par la prise de conscience de la part d'affectivité, de l'influence de préjugés, de stéréotypes).</p>
Autonomie et initiative	<p>Développer la motivation, la confiance en soi, le désir de réussir et de progresser, la volonté de se prendre en charge personnellement, la conscience de l'influence des autres sur ses valeurs et ses choix.</p> <p>Savoir trouver et contacter des partenaires, consulter des personnes-ressources.</p> <p>Savoir prendre l'avis des autres, échanger.</p>

* Issu du socle commun de connaissances et de compétences – décret du 11 juillet 2006.

Démarche

Les démarches de développement de l'estime de soi et des compétences sociales se décomposent généralement en plusieurs axes :

- se connaître et s'apprécier,
- connaître et apprécier les autres,
- identifier et exprimer ses sentiments,
- développer son empathie, être solidaire,
- appréhender la résolution de problèmes.

Réunis autour d'une histoire à raconter, d'une vidéo en début de séance, les adolescents sont ensuite invités à s'exprimer sur le thème abordé, via diverses méthodes : discussion, exercices, questionnaires, mise en situation.

Les enseignants guident les séances et sont les garants de son caractère éthique. Une charte de participation peut être proposée en début de programme ; elle précise (entre autres) la nécessité de l'écoute, le respect de la parole des autres, le non-jugement, l'expression orale volontaire, les règles du débat...

Des pistes pédagogiques		
Séances	Objectifs	Déroulement
Séance 1	Avoir confiance en soi S'affirmer de manière constructive Oser prendre la parole en public	<p>«Se présenter»</p> <ul style="list-style-type: none"> – Faire un choix dans la manière de se présenter. – Découvrir le regard des autres sur une facette de sa personnalité. – Écrire sur une feuille son prénom et un surnom qu'on s'est choisi. Puis se présenter au groupe, qui a le droit de poser des questions, demander des éclaircissements mais ne pas faire de commentaires. Il s'agit d'écouter, de regarder.
Séance 2	Avoir conscience de soi Savoir communiquer	<p>«Le portrait chinois»</p> <ul style="list-style-type: none"> – Permettre aux jeunes de prendre conscience de l'image qu'ils ont d'eux-mêmes. – Se présenter autrement. – Faire le portrait chinois par écrit (si j'étais une plante, un animal, un objet, Je serais...). Puis partager les réponses lues oralement par l'intervenant.
Séance 3	Se respecter et respecter les autres (civilité, tolérance, refus des préjugés et des stéréotypes...)	<p>«Qui suis-je aujourd'hui»</p> <ul style="list-style-type: none"> – Faire prendre conscience de son individualité et de celle des autres. – Apprendre à accueillir les différences. Apprendre à ne pas juger. – Proposer le questionnaire écrit et partager oralement les réponses : on explore ses goûts, ses valeurs, on discute sans juger.
Séance 4	Savoir reconnaître et gérer ses émotions Identifier, dans l'environnement, les personnes et les institutions susceptibles de venir en aide en cas de difficulté	<p>«Les cartes des émotions»</p> <ul style="list-style-type: none"> – Connaître les émotions élémentaires. – Prendre conscience des significations d'une émotion. – Apprendre qu'une émotion peut être assumée et souvent gérée. – Chercher à qui on peut en parler en sécurité. – Jeu de 5 cartes avec les émotions élémentaires. Chaque jeune tire une carte et écrit anonymement où et comment il a ressenti cette émotion. Puis il partage par l'intermédiaire de l'animateur.
Séance 4	Renforcer l'estime de soi	<p>«Quelques expériences de vie»</p> <ul style="list-style-type: none"> – Montrer que des difficultés n'empêchent pas de réussir sa vie. Lire un texte sur des exemples historiques : Einstein, Newton, Beethoven. Puis discussion autour du thème. Les jeunes sont ensuite incités à trouver à travers les médias, ou localement le même type d'exemple.
Séance 6	Savoir demander de l'aide	<p>«Les contes» feront passer un message à découvrir, à formuler et à commenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Les Sept Aveugles</i> : une perception différente d'une même réalité. – <i>La Soupe de pierres</i> : oser demander. – Lecture du conte. – Réflexions, commentaires.

Prolongements possibles

Il est bien évident que les compétences visées ici nécessitent un investissement à long terme des établissements. Elles sont développées au sein de l'ensemble des disciplines scolaires. Le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté constitue le lieu au sein duquel la politique de l'établissement dans ce domaine peut être élaborée et suivie. La diversité des activités proposées dans les nombreux supports pédagogiques à disposition permet de prolonger cette activité sur plusieurs années.

Les enjeux principaux sont, d'une part, de rendre explicite la façon dont le collège contribue au développement de ces compétences et, d'autre part, d'articuler ces activités transversales avec les disciplines scolaires.

Projets de prévention dans les établissements agricoles

Dans le cadre des programmes de prévention des conduites addictives, les établissements agricoles ont mis en œuvre divers projets qui ont porté sur :

- la réalisation d’outils de communication (cartes, affiches, fresques, vidéo, objets dérivés...),
- la préparation d’expositions,
- la conception et la présentation de spectacles (sketchs, marionnettes, théâtre, chanson...),
- l’organisation de conférences ou d’événements,
- l’animation d’un parcours de santé, etc.

Deux exemples de projets sont détaillés ci-dessous.

■ Appel à projet national « Les Premières fois »

« Les Premières fois » est un appel à projet national sur le thème de l’adolescence, les bonnes et les mauvaises expériences à partir desquelles l’élève construit ses choix d’adultes.

Public visé : tous les élèves de l’enseignement agricole, public et privé.

Objectifs du projet :

- inviter les élèves à s’exprimer librement sur leurs expériences et « leurs premières fois »,
- explorer les moments intenses de l’adolescence à partir de l’écriture de textes poétiques individuels ou collectifs.

Mise en œuvre :

57 établissements ont participé à ce projet proposé en 2000-2001, 810 textes ont été réceptionnés ; une sélection de ces textes et poèmes, qui évoquent tour à tour le plaisir, la gaieté, le désir d’amour ou d’expérience intense, mais aussi l’anxiété, l’ennui, la douleur, la maladie, la mort, est réunie dans un recueil intitulé *Les Premières fois*.

Cet appel à s’exprimer librement sur le thème des « premières fois » a été encadré par des écrivains, accompagnés de professeurs, d’infirmiers, de conseillers d’éducation dans le cadre d’ateliers d’écritures conduits en classe ou à l’occasion de séances d’animations spécifiques.

■ Projet de sensibilisation « L'etylicirk »

«L'etylicirk» est un projet de sensibilisation sur le thème de l'alcool et la fête, qui est conduit dans le cadre d'un atelier d'expression avec un groupe d'élève.

Public visé : 400 élèves et membres de la communauté éducative de l'établissement de Charleville Mézières (2005-2006 et 2006-2007) et un public local lors de l'ouverture d'une conférence.

Objectifs du projet :

- sensibilisation aux effets de l'alcool à travers un atelier d'initiation à la marionnette et la conception d'un support de prévention ;

Mise en œuvre

Ce projet fait appel à des élèves volontaires. Quatre étudiantes se sont impliquées dans sa conception, une classe a conçu le décor et deux classes ont produit les bruitages. Il offrait avant tout la possibilité aux élèves volontaires de s'initier à la conception et à la manipulation de marionnettes dans le cadre de leurs temps de loisirs. Certaines séances ont pu être animées en collaboration avec une marionnettiste professionnelle.

- L'animation s'est déroulée sur une année, avec des séances irrégulières pendant les temps de disponibilités des élèves (séances de 1 h 00 à 3 h 00) et la conception de l'outil vidéo a nécessité deux jours de tournage.
- Le choix du thème «l'alcool et la fête» a été proposé pour le montage d'un spectacle et d'une vidéo ; la métaphore du cirque proposée pour évoquer les effets de l'alcool a offert une entrée créative pour la conception du scénario et des personnages.
- Un premier travail de réflexion pour interroger les représentations de chacun sur le sujet suivi par un travail de recherche et de documentation a permis de compléter et de cadrer le projet ainsi que le scénario du spectacle.
- La conception des marionnettes laissant une ouverture à l'improvisation, un recadrage du scénario à l'aide de documents sur le thème de l'alcool a été nécessaire.

La progression du projet est la suivante :

- découverte de la marionnette,
- réflexion sur un projet de spectacle,
- travail de recherche sur le thème de l'alcool,
- conception des marionnettes,
- ajustement du scénario,
- conception du décor,
- initiation à la manipulation,

- ajustement du scénario,
- répétitions,
- tournage,
- bruitages,
- montage,
- projection.

La diffusion du film d'animation réalisé est devenue l'enjeu d'un projet de sensibilisation et de prévention de l'ensemble des élèves de l'établissement. L'organisation d'un événement permettant d'utiliser ce support comme un outil de réflexion et de débat a également élargi la cible du projet au public extérieur. Ce sont ainsi les élèves, actrices de prévention qui ont eu l'initiative d'organiser et d'animer, une conférence/débat sur le thème de l'alcool l'année suivant la réalisation du court-métrage qui s'est poursuivie par un débat animé par des professionnels de santé et différents témoignages. Elle a donné lieu par la suite à un travail d'exposition.

Interventions de partenaires

■ Contribution de la direction générale de la gendarmerie nationale

Les formateurs relais anti-drogue (FRAD) de la gendarmerie nationale sont formés au Centre national de formation à la police judiciaire (CNFPJ) de Fontainebleau, où ils suivent également des formations de consolidation (ou recyclage) à période régulière.

Le but est d'amener ces militaires de la gendarmerie, présentant une vocation certaine pour les questions liées à la jeunesse et aux dangers que représente tout type de conduites addictives, à la mise en place d'interventions dans des établissements scolaires (collèges, lycées, voire école primaire pour des classes de CM2), ou dans d'autres lieux, en fonction du public abordé.

Contenu d'une intervention

Dans l'intervention d'un FRAD, on retrouve généralement les points principaux suivants qui servent de base et donnent une certaine cohérence à un débat qui reste ouvert à chaque rencontre organisée en accord avec les chefs d'établissement :

- le rappel à la loi de 1970 notamment, (que dit la loi sur les stupéfiants ?) :
 - les aspects tenant au simple usage et aux infractions graves de trafic de stupéfiants,
 - la question d'une dépénalisation des drogues dites « douces ».

- une présentation des différents produits (par rapport à la classification de l'ONU, notamment) ainsi que leurs origines :
 - excitants – psychostimulants – (par exemple cocaïne, crack, ecstasy, amphétamines...),
 - hallucinogènes – perturbateurs – ou psychodysléptiques (LSD, cannabis – ou chanvre indien –, champignons, plantes, solvants...),
 - sédatifs ou psychodépresseurs (opiacés – héroïne –, somnifères divers, tranquillisants, anesthésiques, neuroleptiques, GHB...).
 et leurs effets, dans un premier temps, recherchés, puis ressentis, mais en tout état de cause nocifs sur la santé et la dégradation de la vie sociale.
- les signes visibles et remarquables de la prise de stupéfiants, selon le produit consommé.
- les types de consommation : première expérience (milieu festif) ; consommation occasionnelle, consommation d'habitude, polyconsommation, passage d'une drogue dite « douce » (sachant qu'il n'en existe pas) à des drogues « plus dures ».
- les risques liés à cette « descente aux enfers » menant très souvent à la délinquance, le consommateur ayant toujours besoin de plus de produit(s) et intrinsèquement de plus d'argent pour en acheter...
- l'installation des conduites addictives et les moyens s'en sortir.

Ces points ne sont pas nécessairement présentés dans un ordre préétabli.

L'intervention d'un FRAD ne se limite pas aux substances illicites stupéfiantes, mais porte également sur les drogues telles que l'alcool et le tabac, considérés souvent comme non nocifs, mais qui représentent un fléau tout aussi dangereux pour la santé.

Particularités tenant aux publics visés

Le discours du FRAD est adapté au public destinataire des établissements scolaires dans lesquels il est amené à intervenir. Ainsi, toujours en gardant une trame de fond telle que décrite précédemment, le discours s'adapte aux trois types de publics suivants.

Préadolescents : élèves de classes de 6^e, 5^e, voir CM2 (précédant l'entrée au collège pour la continuité du message).

Ces derniers reçoivent une information générale sur les drogues, mais également sur les « dangers » de l'alcool et du tabac, ainsi qu'une information sur les violences à l'école (*cf.* protocole signé par les ministères de l'Intérieur et de l'Éducation nationale), le tout étant mené par le FRAD en la présence d'un personnel de l'établissement (professeur, infirmier, conseiller principal d'éducation...).

Adolescents : élèves de 4^e, 3^e et seconde de lycée.

Ces derniers reçoivent une information générale plus centrée sur les produits psychoactifs et orientée sur la prévention : leurs effets, sur la santé notamment, les conséquences pénales et plus précisément le « rappel à la loi ». Cette intervention est menée en présence d'un personnel de l'établissement.

Adultes : élèves de 1^{re} et terminale, mais également parents d'élèves, éducateurs, associations, monde de l'entreprise...

Le discours porte sur une information au sujet des drogues (stimulants, perturbateurs, hallucinogènes, herbacés, sédatifs...) et aborde chacune des catégories. L'exposé peut porter sur les moyens utilisés, le comportement des usagers (occasionnel, polyconsommateur, dépendant, etc.) et la prévention face aux conduites addictives, sous forme de débats et d'échanges, voire de questions/réponses... Les possibilités d'intervention sont plus ouvertes au regard du type de public.

La durée d'une intervention peut varier d'une heure à une heure et demie pour les préadolescents, et aller jusqu'à deux heures et au-delà pour les autres catégories, en fonction de la réaction et des attentes du public.

Afin d'animer ces interventions, les FRAD utilisent des supports pédagogiques, tels que les vidéoprojecteurs, divers documents (flyers, fiches), des outils réalisés et financés localement, ou au niveau national, avec le concours financier de la MILDT notamment.

■ Engagement des policiers formateurs anti-drogue

Les policiers formateurs anti-drogue (PFAD), au nombre de 481 au 12 décembre 2008 et opérationnels sur l'ensemble du territoire national, ont suivi une formation de quatre semaines à l'Institut national de formation de la police nationale (INFPN) de Clermont-Ferrand. Leur objectif est d'animer des séances de formation professionnelle, d'information et de prévention, auprès d'un public d'adultes, de jeunes adultes et d'adolescents, sur les thèmes des substances psychoactives, des comportements liés l'usage de ces substances ainsi que des violences identifiées chez les jeunes.

Cette formation professionnelle, interne à la police nationale, permet d'appréhender toutes les facettes de la problématique des drogues.

Leurs champs d'action

- La formation professionnelle externe à l'attention des partenaires institutionnels (sapeurs pompiers, infirmières, personnels de l'Éducation nationale...), des associations, du milieu professionnel (entreprises de transport de voyageurs...) répondant à des commandes précises.
- L'information tout public (foires, salons, expositions, événementiels divers...)
- La prévention en milieu scolaire (fin de primaire, collège, lycée d'enseignement général, technique ou professionnel, ou encore agricole, toutes sections confondues).

Caractéristiques de la prévention en milieu scolaire dispensée par les PFAD

- **Pour les préadolescents** : « Oser dire NON »

Le PFAD répond aux questions qu'ils peuvent se poser, définit la drogue, rappelle la loi et ses objectifs en mettant l'accent sur les dangers liés à la consommation.

- **Pour les adolescents** : « Faire comme les autres »

Le PFAD discute, échange sur les motifs de la consommation, mène une réflexion sur la prise de risque et rappelle la loi qui est la même pour tous.

- **Pour les post-adolescents** : les consommations sont parfois déjà bien installées. Le PFAD conduit un débat et rappelle les concepts de l'action des drogues sur le cerveau, présente les répercussions, les dangers avec des arguments scientifiquement validés.

L'action du PFAD s'inscrit exclusivement dans le projet d'établissement, en lien avec la communauté éducative pour répondre aux programmes établis, ciblés sur telle ou telle classe d'âge. Son action complète celle menée au sein du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) et vient en relais des actions menées par les correspondants police-sécurité de l'École.

Outils utilisés

Il s'agit essentiellement d'outils de prévention validés par la Commission nationale de validation des outils de prévention de la MILDT et de certains supports locaux – n'ayant pas fait l'objet d'une demande de label MILDT, car concernant une diffusion uniquement locale, mais cependant pertinents.

■ Associations

Exemples d'intervention de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)

La prévention des usages à risque et des addictions est une pratique de longue date à l'ANPAA. Elle s'est progressivement étendue de l'alcool à l'ensemble des substances psychoactives, au fur et à mesure des évolutions des modes de consommation de la population.

Elle s'appuie sur les principes d'une action à deux niveaux :

- en prévention directe, pour l'accompagnement des personnes en difficulté avec un produit,
- en prévention indirecte, pour la formation des professionnels rencontrant des usagers dans un cadre éducatif ou soignant.

Ces actions se déclinent sur l'ensemble des temps de la vie, en fonction de l'évolution biopsychosociale des personnes et des milieux successifs de vie collective qu'elles intègrent.

L'adolescence est un temps privilégié d'intervention qui associe éducation à la santé et prévention spécifique des conduites addictives. Les équipes de l'ANPAA s'associent, au niveau départemental, aux programmes de prévention définis en milieu scolaire avec les services de santé scolaire, et en articulation interministérielle au niveau de la préfecture et du conseil général. Les CESC suscitent des partenariats solides, inscrits dans une certaine durée, même si les financements ponctuels (de la MILDT ou locaux) demeurent un élément de fragilisation des actions.

Les équipes de prévention de l'ANPAA peuvent être différentes suivant les départements, par leur importance et la proximité des soins ambulatoires spécialisés en addictologie.

C'est au niveau des demandes d'intervention que les programmes se construisent et peuvent se distinguer en trois catégories : la situation de crise rencontrée par un établissement, l'accompagnement dans un programme prédéfini en milieu scolaire, le partenariat complet pour construire un programme dans le cadre du CESC.

Les projets sont donc variables mais reprennent les principes élémentaires d'utilisation d'outils pédagogiques validés avec des supports approuvés. Les stratégies visent à considérer plusieurs niveaux de groupes ou demi-groupes en classe, ou forum et stand en circulation plus ouverte.

Parallèlement, des formations d'adultes s'intègrent à la constitution de CESC, en s'assurant de l'actualité des connaissances scientifiques diffusées et des méthodes pédagogiques utilisées, et de l'évaluation des interventions pluridisciplinaires.

L'exemple du département de l'Essonne est illustratif d'un grand nombre de situations rencontrées et la trame des actions est résumée dans l'exemple suivant :

Interventions en milieu scolaire – niveau collège

L'ANPAA intervenant en fonction du contexte de la demande, trois cas seront décrits : une situation d'urgence dans le cadre d'une « crise », après un événement, lors de la rédaction d'un projet en interne (« vase clos ») et lors de la rédaction d'un projet au sein d'un CESC.

Cas 1 : situation d'urgence après un événement

- Fonction du demandeur : chef d'établissement et médecin ou infirmière.
- Position du comité ANPAA du 91 : intervention(s) brève(s) et sous réserve selon les besoins.
- Analyse des besoins avant intervention(s) : analyse rapide, en lien avec les propos des professionnels. Le contexte étant généralement flou, un travail pour affiner la demande en fonction des besoins réels permet de recadrer l'intervention d'une façon plus adéquate (public cible/calendrier...) et évite ainsi la précipitation.
- Public destinataire : les jeunes.
- Stratégies d'intervention : travail en classe entière ou en demi-classe, stand, forum, expositions, etc.

- Outils : diffusés par l'ANPAA, l'INPES ou la MILDT ainsi que des outils pédagogiques tels que Simalc, Lunettes ébriété diurnes et nocturnes, jeu Parcours des risques, cotesteur Tabataba et expositions selon thèmes (de l'ANPAA de l'Île de France ou de la CRAMIF).
- Partenariats : en interne, infirmière ou médecin scolaire.

Cas 2 : rédaction d'un projet en interne

- Fonction du demandeur : médecin, infirmière ou CPE après accord du chef d'établissement.
- Position du comité ANPAA du 91 : intervention(s) du « prestataire ».
- Analyse des besoins avant intervention(s) : travail en amont de l'intervention afin de situer l'intervention dans le cadre du projet.
- Public(s) destinataire(s) : les jeunes.
- Stratégies d'intervention : travail en classe entière ou en demi-classe, stand, forum, expositions, etc.
- Outils : idem selon les besoins et le temps d'intervention.
- Partenariats : en interne, infirmière ou médecin scolaire.

Cas 3 : réflexion puis la rédaction d'un projet au sein d'un CESC

- Fonction du demandeur : chef d'établissement et/ou médecin, infirmière, CPE, professeurs et partenaires du CESC...
- Position du comité ANPAA du 91 : intervention(s) du partenaire.
- Analyse des besoins avant intervention(s) : participation dès la réflexion et l'écriture du projet afin de répondre aux besoins identifiés et privilégier les temps d'intervention dans la logique plus globale du projet.
- Public(s) destinataire(s) : les jeunes mais un travail de sensibilisation préalable des professionnels relais de ces jeunes au sein de l'établissement est toujours envisagé (« langage commun pour une démarche commune »).

Information auprès des professionnels sur l'utilisation du guide d'intervention en milieu scolaire DGESCO-MILDT.

- Stratégies d'intervention : idem ainsi qu'une formation de groupes relais et une séance d'une journée ou d'une demi-journée auprès des professionnels.
- Outils : idem selon les besoins et le temps d'intervention.
- Partenariats : en interne, infirmière, médecin ou CPE ; partenaires extérieurs : formateurs relais anti-drogue (FRAD, gendarmerie) ou policiers formateurs anti-drogue (PFAD) ainsi que les structures ou les services de prévention partenaires (CRAMIF-LMDE...).

Suivi éditorial : **Isabelle Garcia-Dubuy**
Secrétariat d'édition : **Audrey Amoussou**
Maquette : **Céline Lépine**
Mise en page : **Concordance(s)/Michel Delon**
© CNDP, 2010