

GUIDE PRATIQUE

UNE APPROCHE  
ÉDUCATIVE  
DE LA PRÉVENTION  
DES ADDICTIONS

# Addi Ado



- **Virginie MONNEY**, infirmière conseillère technique auprès de l'Inspecteur d'Académie, Directeur Académique des Services de l'Éducation Nationale de l'Allier, Direction Départementale des Services de l'Éducation Nationale (DSDEN) de l'Allier, pour la coordination de ce projet.

### Les personnes et les structures du groupe de pilotage de ce projet, de ses balbutiements à sa phase finale :

- **Brigitte SORIANO**, conseillère technique auprès de l'Inspecteur d'Académie, Directeur Académique des Services de l'Éducation Nationale de l'Allier, responsable du service social en faveur des élèves de l'Allier, DSDEN de l'Allier.
- **Cédric KEMPF**, responsable prévention à la Mutualité Française Auvergne, antenne de l'Allier, jusqu'à 2012; puis en tant que doctorant en sciences de l'éducation, ESPE Clermont-Auvergne, Université Blaise Pascal Clermont-Ferrand 2, Laboratoire ACTé- EA 4281.
- **Françoise JANIER**, Enseignante formatrice, Ecole Supérieure du Professorat et de l'Éducation (ESPE), Clermont-Auvergne, site de Moulins, Université Blaise Pascal Clermont-Ferrand 2.
- **Agnès BORGIA**, directrice, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie (ANPAA), antenne du département de l'Allier.
- **Laura VACQUANT**, animatrice de prévention, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie (ANPAA), antenne du département de l'Allier.
- **Grégory DUPERRON**, psychologue, Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) Fil à Fil de Montluçon, ANPAA, antenne de l'Allier.
- **Frank PIZON**, maître de conférences en sciences de l'éducation, Laboratoire ACTé- EA 4281, ESPE Clermont-Auvergne, Université Blaise Pascal Clermont-Ferrand 2, membre du réseau des Universités pour l'Éducation à la Santé (UNIRés).
- **L'Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public de l'Allier (ADPEP 03)**. Association support pour la gestion financière, représentée par son président, François LARBOT.

### Les personnes ayant participé à certaines étapes du projet (phase de recueil de données et des représentations des jeunes, exploitation des données, élaboration du jeu de cartes, tests de la maquette du jeu, écriture du guide pédagogique, conception et animation des formations, diffusion et promotion) de 2011 à 2014 :

- **Laurent BORDIER**, illustrateur, Cournon-d'Auvergne.
- **Boris SABATIER**, graphiste, Clermont-Ferrand.
- Imprimerie « Imprim- Repro Moulins et Montluçon » : **Frédéric NIGON**, gérant, et **Marc DEBARNOT**, directeur d'exploitation, Moulins et Montluçon (03).
- **Annie MAURER**, conseillère technique, Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Personnes, représentant Monsieur le Préfet de l'Allier, Chef de projet MILDT de l'Allier.
- Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé, antenne de l'Allier : **Élisabeth MEZINEAU** et **Elodie GAHOU**.
- **Olivier GARCIA**, capitaine de Police, Direction Départementale de la Sécurité Publique de l'Allier, Circonscription de Sécurité Publique de Montluçon (03).
- **Christiane FERRANDON**, directrice de l'Association Justice et Citoyenneté (03).

- **Valentin FLAUDIAS**, Responsable du Centre de Ressources Addictions Auvergne (CR2A).
- **Dr Marie-Christine BEAUFRERE**, médecin conseiller technique auprès de l'Inspecteur d'Académie, Directeur Académique des Services de l'Éducation Nationale de l'Allier, DSDEN de l'Allier.
- **Alain Fayolle**, Directeur du Centre Départemental de Ressources Pédagogiques de l'Allier, depuis avril 2014, Directeur Canopé 03 ,Pôle territorial, Académie de Clermont-Ferrand, Département de l'Allier, Site de Moulins
- **Evelyne TOURRET**, éducatrice spécialisée au CSAPA du centre hospitalier de Moulins (03).
- **Michel CARRÉ**, président de la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN), section de l'Allier, et Gaëlle Lecharpentier, directrice MGEN, section de l'Allier.
- **Les étudiants en Master Métiers de l'Éducation et de l'Enseignement**, ESPE Clermont-Auvergne, site de Moulins (2011- 2012), Université Blaise Pascal Clermont-Ferrand 2.

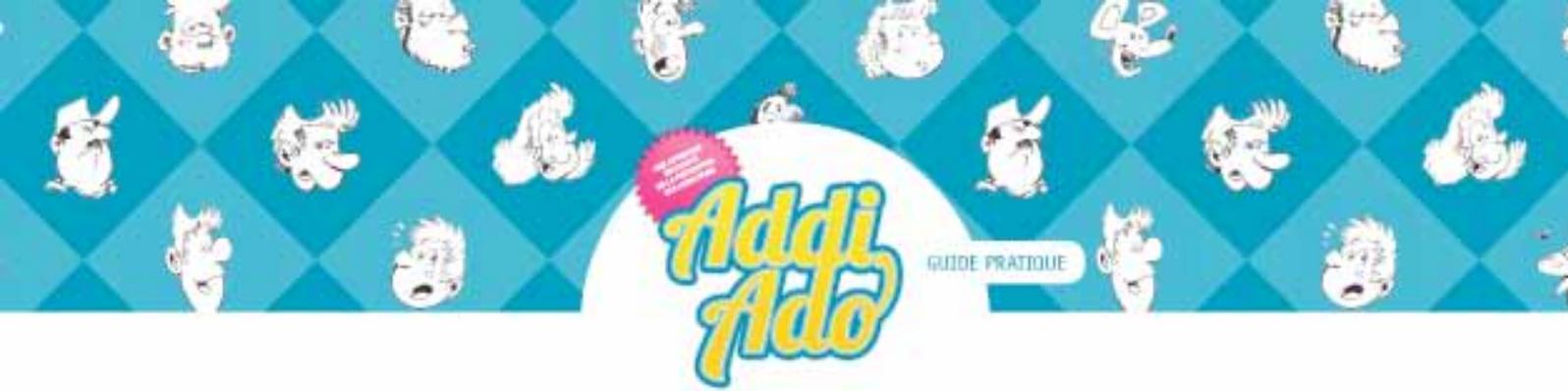
### Avec le soutien de :

- **Éducation Nationale** : Direction Départementale des Services de l'Éducation Nationale de l'Allier : Monsieur l'Inspecteur d'Académie, Directeur Académique des Services de l'Éducation Nationale de l'Allier.
- **La Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies (MILDT)**, Préfecture de l'Allier, Monsieur Le Préfet de l'Allier. Par décret du 13 mars 2014, la MILDT change d'appellation et devient la MILDECA (Mission interministérielle de la lutte contre les drogues et les conduites addictives).
- **L'Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des Chances (L'ACSE)**, Préfecture de l'Allier, Monsieur le Préfet de l'Allier.
- **La Fédération Mutuelle Assurance de l'Éducation - SOLIDARITE (MAE'S)** : Edgard Mathias, Président national de la MAE et de la MAE Solidarité; Françoise Lavanchy, responsable Prévention - la MAE Solidarité du département de l'Allier : Jean-Paul Chérasse, Délégué principal de la MAE de l'Allier, président de la MAE Solidarité 03; Pierre Joubert, délégué adjoint de la MAE de l'Allier, secrétaire de la MAE Solidarité 03, chargé de la prévention.

### Nous remercions tout particulièrement :

- **Les enfants et les adolescents, les personnels de direction et d'éducation, les enseignants, les personnels de santé et sociaux des établissements de l'Allier**, qui se sont prêtés aux phases de création de ce projet de 2010 à 2013 : recueil des représentations initiales des jeunes, tests de la maquette de l'outil :
- Écoles primaires (niveaux CM1 et CM2) : Jean Renoir et Jean Zay, Montluçon; Ampère, Yzeure, Jacques Prévert, Yzeure.
- Collèges (classes de 4e et de 3e SEGPA; classes de 6e à 3e,) : Antoine de Saint Exupéry, Varennes sur Allier; Louis Pergaud, Dompierre sur Besbre; Charles Péguy, Moulins; Francis Péron, Cérilly; André Boutry, Lurcy-Lévis; François Villon, Yzeure.
- Institut Médico-éducatif L'AQUARELLE, Bellerive-sur-Allier : tout particulièrement l'infirmière, Alice De Matos.

Sans leur précieuse contribution et leurs échanges fructueux, ce jeu ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui.



# SOMMAIRE

- Introduction et présentation générale ..... 3
- La prévention des conduites addictives : les enjeux d'une démarche éducative ..... 4
- Règles d'animation de groupe et d'utilisation du jeu ..... 9
- Repères pour chaque carte : propositions de ce qui peut être abordé et échangé au cours de l'animation du jeu pour chaque carte ..... 11
- Tableau synthétique de catégorisation des cartes ..... 28
  - Connaissance du produit / du non produit / du comportement
  - Risques pour la santé (au sens de sa définition de l'OMS)
  - Usages et consommations. Motivations et satisfactions à consommer
  - Vivre ensemble. Adolescence. Relation aux pairs et aux groupes. Culture et société
  - Ressources ; accompagnement ; aide ; alternatives à consommer ; réduction des risques
- Politique de l'Etat en matière de prévention des conduites addictives ..... 33
- Point sur les consommations des jeunes auvergnats ..... 34
- Adolescence et conduites à risques ..... 36
- La santé humaine et les compétences psycho-sociales ..... 48
- Notions et repères principaux en matière d'addictions et de conduites addictives ..... 56
- Conceptions individuelles d'enfants d'âge de cycle 3 sur les addictions ..... 72
- Relation d'aide, accompagnement, soins ..... 79
- Ressources documentaires, bibliographiques, et sitographiques ..... 80

## > Rédaction et conception du présent guide

Tous droits réservés 2014<sup>©</sup>

**Coordination :** *Virginie MONNEY,*

*infirmière conseillère technique auprès de l'Inspecteur d'Académie,  
Directeur Académique des Services de l'Education Nationale de l'Allier.*

**Maquette :** *www.boris-sabatier.com*

**Rédacteurs, co-rédacteurs :**

*(fonctions et structures professionnelles de chacun : voir « remerciements »)*

**Virginie MONNEY** (pages 4 à 8 ; 9 à 10 ; 11 à 27 ; 28 à 32 ; 48 à 56 ; 79 ; 80 à 81)

**Cédric KEMPF** (pages 3 ; 11 à 27 ; 28 à 32 ; 79 ; 80 à 81)

**Laura VACQUANT** (pages 9 à 10 ; 11 à 27 ; 28 à 32 ; 56 à 71 ; 79 ; 80 à 81)

**Grégory DUPERRON** (pages 28 à 32 ; 36 à 47 ; 56 à 71 ; 80 à 81)

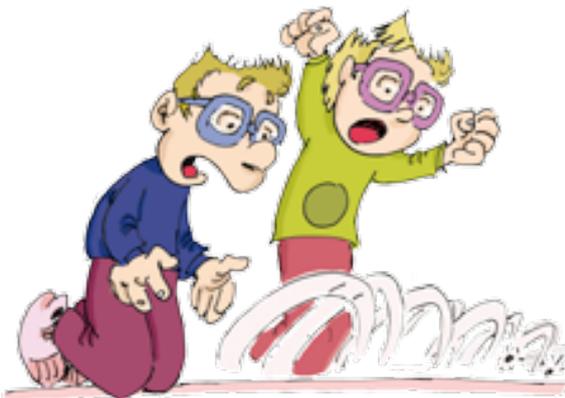
**Brigitte SORIANO** (pages 11 à 27 ; 28 à 32 ; 79 ; 80 à 81)

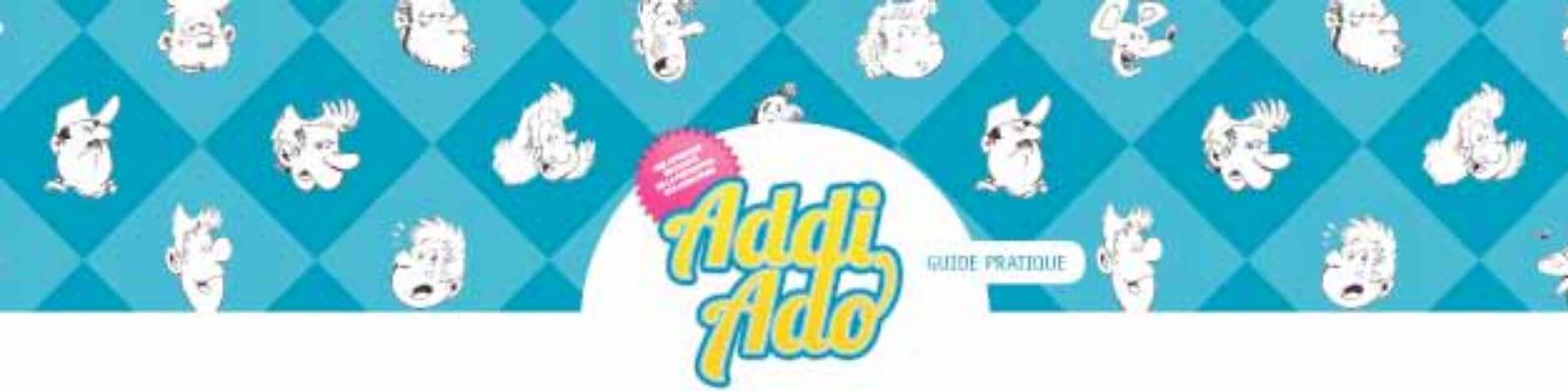
**Françoise JANIER** (pages 11 à 28 ; 48 à 56 ; 79 à 81)

**Valentin FLAUDIAS** (pages 11 à 27 ; 34 à 35)

**Annie MAURER** (page 33)

**Frank PIZON** (pages 4 à 8 ; 72 à 78)





# L'esprit de l'outil par Cédric Kempf

L'outil pédagogique qui vous est proposé ici a été construit sur des éléments issus de la recherche en éducation à la santé et de pratiques professionnelles qui considèrent la prévention comme une activité complexe qui ne se résumerait pas à uniquement informer les individus sur les risques de telle ou telle pratique afin que ces mêmes individus agissent en conséquence selon une norme sociale préétablie.

Encore plus avec les enfants et les adolescents, cette complexité à l'œuvre en matière de prévention et d'éducation à la santé nécessite que l'on porte une attention, certes rigoureuse, mais surtout ancrée sur des principes éthiques et des valeurs qui correspondent à une vision positive et globale autant de la santé que de l'Homme.

S'appuyer d'abord sur les capacités et les conceptions des enfants et des adolescents comme étape essentielle avant toute démarche d'éducation à la santé, a été l'un des principes qui a guidé le collectif à l'élaboration de cet outil proposé aux adultes qui interviennent auprès d'eux.

Cet outil est donc conçu plutôt comme un moyen d'établir une relation éducative qui s'intéresse aux enjeux de santé des plus jeunes que comme un moyen de réguler des comportements qui semblent contraires aux normes sociales en vigueur. C'est un outil à la portée de tous les adultes ayant une mission éducative.

Il comporte, outre ce jeu de cartes qui n'est pas pensé pour s'utiliser seul, des éléments de ressources pour permettre aux adultes de se former et de s'outiller pédagogiquement. C'est donc une démarche globale que propose cet outil, qui s'écarte ainsi des principes d'actions ponctuelles qui ne peuvent apporter que des réponses ponctuelles.





## La prévention des pratiques addictives : les enjeux d'une démarche éducative... ... et plus particulièrement le rôle de l'École.

Par Frank Pizon, Maître de conférences en sciences de l'éducation, ESPE Clermont - Auvergne  
Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand, laboratoire ACTé EA4281. Contribution et relecture : Virginie Monney

La consommation de psychotropes et l'utilisation des nouvelles technologies de communication chez les jeunes, constitue une question socialement vive et une préoccupation de l'action publique.

La place de la prévention des addictions est ainsi régulièrement réaffirmée par exemple dans les plans successifs de la MILDT (2008, 2012). Pour autant, agir sur cette thématique n'a pas pour objectif de pointer de « bons » comportements ou encore moins d'en stigmatiser de « mauvais », mais plutôt d'essayer d'enraciner la prévention dans une démarche éducative permettant aux individus de se construire en tant que sujets responsables et capables de prendre des décisions. De ce point de vue, l'École<sup>(1)</sup>, mais aussi les structures d'accueil et de loisirs telles que les centres sociaux, les maisons de quartier, les associations sportives et culturelles... ont un rôle potentiellement important à jouer, de par une action éducative précoce auprès de l'ensemble d'une classe d'âge fréquentant un même territoire.

L'enjeu, dans la mise en œuvre d'une démarche éducative, est de pouvoir développer dès le plus jeune âge des capacités décisionnelles qui auront un caractère crucial dans le cas des consommations de psychotropes par exemple : qu'est-ce qui va permettre à un jeune de dire « non » à une sollicitation par un de ses pairs ? Comment lui permettre de rester maître de ses décisions alors que la tentation voire le goût du risque invite à dire « oui » ? Telles sont quelques unes des questions qui doivent être présentes à notre esprit. Les apprentissages d'un jeune public ne peuvent donc plus être envisagés comme au XIXe siècle au travers des seuls savoirs transmis, mais ont nécessité à présent d'intégrer l'acquisition de savoir-faire et de savoir-être.

En d'autres termes, il s'agit de fournir aux jeunes des outils qui les soutiendront dans leurs prises de décision lors de situations dites « à risque » (l'initiation tabagique par la première cigarette, la consommation de boissons en situation festive ou dans le cercle familial, etc.), alors même que la pression des normes sociales par l'intermédiaire de l'entourage ou des médias, rend ces prises de décision de plus en plus complexes.

Parce que les addictions tendent à réduire la liberté du sujet jusqu'à une dépendance physiologique, comportementale et psychologique, nous percevons l'intérêt de développer, dès le plus jeune âge, des compétences et des aptitudes pour agir de manière adaptée. Chaque enfant, chaque adolescent n'est pas « programmé » pour manifester ou non à terme des comportements addictifs excessifs.

*(Voir page 36 : « adolescence et conduites à risque »  
et page 56 : « principales notions et repères en  
matière d'addictions et de conduites addictives »).*

Loin de tout déterminisme qui laisserait penser que les choses sont jouées d'avance, une démarche éducative a un rôle fondamental à exercer dans la construction d'êtres sociaux, capables de prendre des décisions judicieuses pour eux-mêmes, leur santé et la société dans laquelle ils évoluent. C'est dans ce cadre général qu'un intervenant dans le champ de l'éducation à la santé, de par son activité professionnelle quotidienne, peut légitimement intervenir et intervenir probablement déjà.

Cette légitimité d'intervention implique pour autant certaines précautions déontologiques et éthiques. La prévention des pratiques addictives et à risque renvoie constamment à l'intime du sujet. Il est donc important de ne pas se retrouver dans une situation trop difficile à gérer.

(1) La circulaire du 15 décembre 2011, relative à la politique éducative de santé dans les territoires académiques, réaffirme parmi les sept priorités fixées, la nécessité d'aborder la prévention des conduites addictives.



Les partenariats instaurés avec les services sociaux et de santé scolaires, les psychologues, les associations de prévention (ANPAA, IREPS...) sont à même de garantir que chaque intervenant ne soit pas entraîné au-delà de ses missions professionnelles, tout particulièrement pour les enseignants, lesquels expriment d'ailleurs régulièrement des craintes de ce type. De même, l'association des familles à cette démarche éducative conserve une place essentielle qu'il est bon de souligner à nouveau.

Si la proximité professionnelle des questions addictives ne se pose pas pour les personnels des services sociaux et de santé, la situation est un peu différente pour d'autres professionnels, les enseignants par exemple. Une question est souvent posée : « en tant que prof dans une école ou un collège, comment puis-je intervenir en matière de prévention des pratiques addictives ? »

Cette question est d'ordre professionnel, étroitement liée aux conditions d'exercice du métier [d'enseignant], et comme telle, appelle des réponses « professionnalisées ». Lorsqu'il est demandé d'éduquer à la santé et de prévenir les addictions, les professionnels [enseignants] peuvent manifester un sentiment de dépassement assorti néanmoins d'une volonté d'agir. Ce positionnement professionnel et personnel est alors balisé par la recherche de compromis multiples qui oscillent entre un souci



d'essayer d'intervenir au mieux, un sentiment de devoir faire en plus (au-delà des domaines disciplinaires habituels), de faire avec le reste (au regard d'un nombre de tâches sans cesse croissant), voire de décider finalement de ne pas faire...

La position stratégique de l'École nous amène à devoir considérer la nature des actions éducatives qui peuvent y être menées. Un élément qui semble faire consensus au plan international est relatif au développement des compétences<sup>(3)</sup> dites psychosociales : estime de soi, capacité à gérer son stress ou un conflit, etc. Véritable enjeu pour nos sociétés contemporaines, ces compétences ont vocation à permettre aux jeunes de construire leur avenir personnel et professionnel, de réussir à répondre de manière adaptée à des situations complexes de plus en plus variées, mais aussi et surtout de se construire une « vie possible ». Si nous considérons plus spécifiquement l'École, le socle commun de connaissances et de compétences<sup>(2)</sup> permet déjà à chaque discipline de contribuer à atteindre ces objectifs. Le socle commun ne renvoie pas uniquement aux disciplines fondamentales mais également à des approches transversales propices à une éducation à la santé capable de mobiliser, lorsque cela est nécessaire, la littérature, les sciences, les activités physiques et sportives, les arts visuels, ... Nous voyons donc mieux pourquoi une structure sportive, culturelle, un lieu d'animation jeunesse, dans le cadre des activités proposées aux jeunes d'un quartier ou d'une commune, peut trouver sa place dans un dispositif éducatif mobilisant ces domaines.

*Même si nous prenons ici l'exemple de l'École, et plus particulièrement celui du rôle des enseignants, certaines pistes envisagées sont transférables. Pour cela, quatre axes peuvent être considérés afin de structurer la nature des activités [de classe] pour éduquer à la santé et à la citoyenneté, afin de prévenir les conduites addictives.*

(2) Ministère de l'Éducation nationale (2006) : Décret n°2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences.



## ■ Faire son métier [d'enseignant] en gardant conscience des registres multiples qui structurent l'activité de classe.

Gérer le quotidien [de la classe], suivre individuellement les difficultés d'apprentissage, en petits groupes lorsque cela est nécessaire, conserver une homogénéité suffisante dans son groupe d'élèves afin d'avancer dans les programmes, ... telles sont les nécessités professionnelles rencontrées quotidiennement dans une activité d'enseignement. Ce sont bien des connaissances, des attitudes et des capacités qui sont travaillées quotidiennement. Sur ce point, les études internationales ont permis de souligner depuis plus de quinze ans, l'importance de la construction de ces compétences dans l'efficacité de la prévention et de l'éducation à la santé en milieu scolaire<sup>(3)</sup>. Développer des capacités à faire des choix, les justifier, les argumenter, développer des aptitudes sociales de «vivre ensemble», accepter les différences, gérer ses émotions, ... sont autant d'éléments qui prennent place dans le quotidien de la vie de la classe et dans la vie scolaire.

Le rappeler et en discuter avec les élèves constituent un premier pas pour leur faire prendre conscience de ce qui se joue à l'École dans la relation à l'autre et à soi-même. Pour l'enseignant, c'est ainsi adopter un positionnement professionnel propice au développement des compétences psychosociales de ses élèves, au service des apprentissages.

*(Voir page 48 : « la santé et les compétences psychosociales »)*

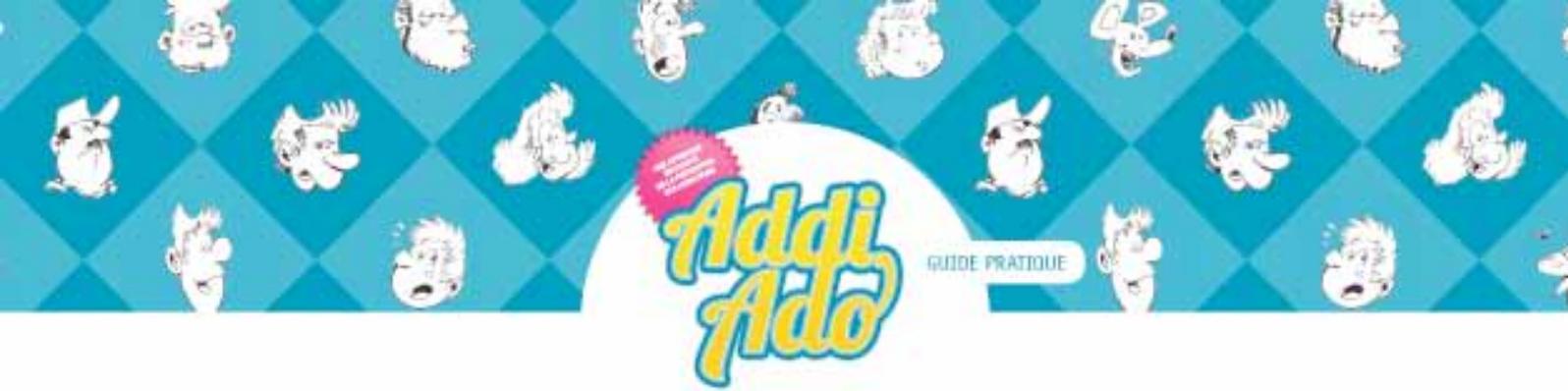
Si l'on reprend la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (1993), «les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne

à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement». Ces compétences sont au nombre de dix et présentées par deux :

- *Savoir résoudre les problèmes, savoir prendre des décisions ;*
- *Avoir une pensée créative, avoir une pensée critique ;*
- *Savoir communiquer efficacement, être habile dans ses relations interpersonnelles ;*
- *Avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour les autres ;*
- *Savoir gérer son stress, savoir gérer ses émotions.*

Et l'OMS ajoute que « les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social. Plus particulièrement quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et quand le comportement est lié à une incapacité 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. » (ibid).

(3) TOBLER N.S. (1997): « Meta-analysis of Adolescent Drug Prevention Programs: results of the 1993 meta-analysis ». In Bukoski WJ, ed. *Meta-Analysis of Drug Abuse Prevention Programs*. NIDA Research Monograph 170, NIH Publication 97-4146. Rockville, MD: National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse; 1997; 97-4146.  
TOBLER N.S., ROONA MR., OSCHSBOEN P., MARSHALL DG., STREKE AV., STACKPOLE KM. (2000): « School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis ». *J Prim Prev*. 2000; 20 (4):275-336.



## ■ S'appuyer sur les enseignements disciplinaires pour intégrer plus facilement la prévention des conduites addictives

Les programmes scolaires et le socle commun de connaissances et de compétences donnent toute légitimité à intervenir dans ce sens, en prenant appui à la fois sur les disciplines et la transversalité des activités de classe. Ce sera dans le cadre de l'enseignement des sciences ou de l'éducation physique et sportive, que l'apport d'informations sur les dangers des produits trouvera le plus facilement sa place. Il s'agira par exemple de faire état des risques et des conséquences que les consommations de produits psychotropes peuvent engendrer. Beaucoup de connaissances erronées sur les addictions circulent, c'est l'occasion d'en clarifier un certain nombre. Si ces connaissances jouent un rôle essentiel pour développer un argumentaire individuel face au risque de consommation de psychotropes, nous savons qu'une démarche de prévention uniquement basée

sur l'apport d'informations manque d'efficacité. Il est donc nécessaire d'élargir le champ d'action à ce qui conditionne une construction d'un sujet autonome et social.

Ce peut être dans la construction de sa programmation de classe, dans le choix des supports, dans la mise en réseau des activités de classe, ... que des pistes intéressantes pourront se dégager. Cela va du choix judicieux d'un album illustré en classe de Cours Préparatoire ou d'un roman pour des élèves plus âgés autour du concept de liberté ou autour de sentiments (plaisir, amitié, colère...), jusqu'à un travail sur le portrait et l'expression en arts visuels, en passant par l'enseignement musical dans le choix d'œuvres chargées d'émotions et d'intention, ou encore en référence aux compétences nécessaires pour résoudre une situation-problème en groupes dans une situation conflictuelle.

## ■ Faire du lien entre les disciplines pour donner sens aux compétences psychosociales et mettre en réseau les apprentissages

Relier entre elles les informations ou réinvestir des compétences est un objectif extrêmement fort de l'éducation à la santé. A ce titre, il est intéressant de souligner que le développement des compétences psychosociales est un objectif éminemment transversal. Le penser en amont de son activité [de classe] et en faire une de ses intentions éducatives, amène chacun à interroger sa pratique professionnelle.

Bien sûr, si ce regard plus distant sur ses propres pratiques renvoie au projet de classe, au projet d'école ou d'établissement, au projet de CESC (Comité

d'Education à la Santé et à la Citoyenneté), il peut également être opportun de placer le travail sur les compétences psychosociales comme objet spécifique lors de telle ou telle séance. Par exemple, dans le cadre d'un débat de classe, quelles sont les compétences attendues lorsqu'il sera question d'aborder la thématique de la décision dans une situation à risque, ou tout simplement lorsqu'il s'agira de définir avec le groupe-classe ce qu'est une situation à risque ?

Enfin, en matière de contenu, il est également intéressant de réfléchir aux supports et aux liens qui pourront être établis par les élèves, pour réduire la distance entre les disciplines. C'est ainsi qu'un thème comme celui du « bien-être », peut devenir un axe transversal qui aidera à structurer le choix du contenu des séances et des documents sélectionnés.



## ■ Définir son action et prendre appui sur des ressources internes et des partenariats de proximité

La mise en œuvre de la prévention des conduites addictives peut s'appuyer sur l'élaboration d'un projet éducatif global, associant les personnels des communautés éducatives et les professionnels susceptibles d'intervenir auprès des élèves. L'inscription dans un projet dûment construit permet d'éviter des interventions ponctuelles dont la portée éducative reste souvent limitée et peu efficace. Dans le cadre de ce projet, sont définis les rôles de chacun, les informations et les messages à transmettre, le déroulement des séquences de classe.

Les personnels sociaux et de santé de l'Éducation nationale, de par leurs compétences professionnelles, sont les interlocuteurs privilégiés des équipes de direction et éducatives, pour préparer un projet et/ou une intervention. Ils sont à même de prodiguer aide, conseils et accompagnement, pour favoriser l'élaboration et la réalisation d'actions de prévention. Lors de l'élaboration du projet, si la contribution de partenaires extérieurs est souhaitée (et conseillée), il est important de s'assurer que l'intervenant s'engage à respecter notamment les valeurs de l'école républicaine, le choix des objectifs définis en commun, la place dans les programmes des compétences et des connaissances abordées.

Les conseillers techniques des services sociaux et de santé auprès des Recteurs d'Académie et des

Inspecteurs d'Académie, Directeurs Académiques des Services de l'Éducation Nationale, peuvent être sollicités pour proposer la participation d'une association ou d'un organisme dûment agréés, au niveau national, académique, voire départemental.

Lors des séances d'animation, dans un souci de liberté des échanges, d'apport des connaissances, de construction de la réflexion, certaines règles de fonctionnement du groupe doivent être posées, et certaines exigences doivent être respectées :

(voir page 9 :  
« règles d'animation de groupe  
et d'utilisation du jeu »).

- Respect de la parole de chacun afin de permettre l'expression des représentations et des connaissances des élèves, sans jugement ni critique, en valorisant la participation aux débats et aux activités ; respect des silences.
- Respect de la sphère intime et de la confidentialité : il est en effet fondamental de faire prendre conscience aux jeunes des limites entre ce qui relève de leur intimité et qui n'a pas à être abordé devant les camarades (ce qui relève donc de l'espace privé), et ce qui peut-être questionné dans l'espace-groupe.
- Se référer aux Lois en vigueur en France.
- Confidentialité des échanges.



1

Les adultes sont les garants de ce cadre par l'instauration de règles, par leur capacité d'écoute, mais aussi de reformulation et de synthèse.

2

Les animateurs ne sont pas tenus d'avoir des réponses à toutes les questions posées au moment de l'intervention. Ils peuvent très simplement indiquer qu'une réponse sera apportée après une recherche complémentaire d'informations.

3

Ce type d'intervention amène à faire prendre conscience aux jeunes qu'il n'existe pas de réponse définitive et simple à certaines questions : en particulier en matière de comportements de consommation, une tentative de moralisation « c'est bien, c'est mal » sous tendue par un jugement de valeur, n'est pas une aide efficace à la construction de la réflexion.

## Les règles d'animation des séances collectives

### Programmation et préparation des séances d'animation :

- Se conformer aux règles de fonctionnement et d'éthique de l'institution. (ex : en milieu scolaire : si les animateurs sont extérieurs à l'établissement : les séances d'animations doivent être validées par le chef d'établissement et la charte d'intervention en milieu scolaire signée des deux parties, ses principes devant être appliqués).
- Privilégier les séances par petits groupes, soit environ une quinzaine de participants maximum, afin de favoriser les échanges.
- Compter 1h30 en moyenne pour l'animation d'une séance du jeu éducatif « Addi- Ado ». La durée est à adapter en fonction du nombre de cartes utilisées et de l'effectif du groupe.
- Prévoir une co-animation : 2 animateurs, l'un menant le jeu, le second pouvant avoir un rôle d'expert.
- Préparation de la séance d'animation : les animateurs doivent au préalable bien s'approprier l'animation et la philosophie de l'outil, et effectuer des recherches si nécessaires sur les sujets souhaitant être abordés durant la séance ; il est fortement conseillé de prendre appui sur ce présent guide d'accompagnement qui propose des indications par carte, ainsi que des repères et des références diverses (ressources, bibliographie, enquêtes, etc...).

#### Animation de la séance

- Concernant l'organisation matérielle de la salle, éviter la configuration « trop scolaire » et favoriser le placement des participants en arc de cercle, ou en rond.
- Le positionnement des animateurs est important de manière ne pas tourner le dos aux participants.



#### 2 FAÇONS DE JOUER :

- Il est possible d'aborder le jeu de façon générale, en distribuant les cartes de façon aléatoire,
- Selon le public, ses caractéristiques, l'âge des participants et la thématique ciblée, il est tout à fait envisageable de sélectionner à l'avance les cartes les plus appropriées ; dans ce présent guide, un tableau récapitulatif permet de visualiser facilement quelles notions sont abordées par carte ; puis chaque carte est détaillée de façon plus précise. Exemple : souhait d'aborder les questions des relations aux autres, aux pairs, pression du groupe, entrée dans la consommation. Cartes proposées : 2 ; 6 ; 7 ; 44 ; 47 ; 49. Se reporter ensuite au chapitre décryptage des cartes : vous trouverez les notions qui sont susceptibles d'être pointées lors de vos échanges avec les jeunes.
- Avant de commencer toute animation, bien rappeler les règles de fonctionnement du groupe : respect, confidentialité des échanges, non jugement, liberté d'expression ou de non-expression. Rassurer sur les émotions qui peuvent être libérées et exprimées.



- Expliquer aux participants le but et le contexte de la séance d'animation.
- Coanimation : 2 animateurs : l'un mène le jeu (pour cadrer l'animation, rythmer et relancer le débat, s'assurer de l'équité au sein des échanges, porter attention à la distribution de la parole, rassurer, rebondir...), le second a un rôle d'expert sur la thématique (pour apporter des connaissances nécessaires en fonction du thème abordé, et répondre aux interrogations des participants...). Ne pas hésiter à reformuler si besoin.
- Si une question d'ordre personnel intervient, les professionnels différeront sa réponse après l'intervention de groupe, tout en expliquant la raison de ce positionnement. Ils pourront traiter selon leurs compétences respectives eux-mêmes ou orienter le jeune vers une personne plus appropriée (infirmière scolaire, assistante sociale, professeur...).

### Proposition de déroulement d'une séance

- Présentation des animateurs.
- Présentation de l'action.
- Rappeler les règles du fonctionnement au sein d'un groupe : les énoncer et les faire valider ou les faire rechercher.
- Présentation des règles du jeu et de ce qui est attendu de la participation des jeunes.
- Distribuer une carte à chaque jeune.
- A tour de rôle, les jeunes découvrent leurs cartes, la lisent à haute voix et s'expriment individuellement sur leur carte par rapport à la représentation mentionnée et argumentent leurs choix.
- Puis les animateurs invitent le groupe à s'exprimer.
- Des informations supplémentaires sont apportées par les animateurs.
- Fin du jeu quand tous les élèves se sont exprimés sur leurs cartes respectives.
- Présentation des ressources, dispositifs en addictologie au sein de l'Allier.
- Remerciements de leurs participations.

### Les règles de fonctionnement du groupe

- Chacun a le droit de s'exprimer, sans se censurer.
- Chacun a le droit de ne pas parler (garder le silence).
- Chacun a le devoir de ne pas juger, de ne pas se moquer ni d'être intrusif.
- Chacun a le devoir de respecter la parole de l'autre.
- Chacun a le devoir de rester poli.
- Chacun a le devoir de respecter la confidentialité : ce qui est dit au sein du groupe reste dans le groupe.
- Eviter de parler de soi-même, de sa famille, ou de toute personne qui pourrait être identifiable par le groupe.
- Rassurer sur le fait qu'on ne peut pas tout savoir.
- Pour approfondir vos connaissances :

Education à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet. S. Broussouloux ; N. Houzelle-Marchal. Editions INPES.



# Décryptage des cartes

**Cette fiche propose des repères, des pistes de réflexion et des mots-clés, non exhaustifs, de ce qui peut être abordé, par carte, au cours des échanges avec les jeunes. Chaque carte est numérotée.**

Comme indiqué dans la règle du jeu accompagnant les cartes, les affirmations figurant sous les illustrations sont issues des représentations des jeunes (de leurs idées reçues), et sont volontairement polémiques afin d'engendrer un débat; certaines peuvent toutefois susciter des émotions et des réactions vives.

Pour faciliter la préparation de votre animation, vous avez la possibilité de vous référer au tableau récapitulatif qui propose une catégorisation des cartes, selon vos objectifs d'approche :

- Connaissance du produit/du comportement (non produit).

- Risques pour la santé (dans sa définition de l'OMS).
- Usages et consommations; motivations et satisfactions à consommer.
- Lois, réglementations, règles, éthique.
- Vivre ensemble, adolescence, relation aux pairs, relations au(x) groupe(s), culture(s) et société(s).
- Ressources, accompagnement (s), aide (s), alternatives à consommer.



## Carte numéro 1

### « 70 % des accidents de la route sont liés à l'alcool »

- Revoir les connaissances générales en épidémiologie : références aux enquêtes épidémiologiques (OFDT, baromètre santé...).
- Inviter à l'esprit critique; symptomatologie de la mort par consommation d'alcool (ex : alcool et accident de la route); population des jeunes par rapport à la population générale; sécurité routière; réglementation; code de la route; effets de l'alcool sur la conduite, le comportement; responsabilité en tant que conducteur; conséquences pour soi et autrui.
- Attention aux idées reçues / «tolérance» à l'alcool en fonction de l'individu, ou en fonction du véhicule (ex : «plus on est vieux, plus on tient l'alcool»; «quand on a bu, il y a moins de risque si on est en vélo plutôt qu'en moto»).
- Quelles alternatives dans cette situation? (capitaines de soirée; «Sam, celui qui conduit, c'est celui qui ne boit pas», taxi, rester sur place...).



## Carte numéro 2

### « À l'adolescence, on fait comme les copains »

- Adolescence/ puberté; processus de différenciation/identification/autonomisation; relation au groupe des pairs; influence du groupe; conformité au groupe des pairs; estime de soi/confiance en soi; modes et pratiques de consommation à l'adolescence; pourquoi consommer? Qu'est ce qui amène un adolescent à consommer?



**Carte numéro 3**

**« A la maison, on ne peut plus se passer d'Internet »**

- Communication au sein de la cellule familiale ; place d'Internet au sein de la famille ; à quoi sert Internet ; cadre et repères fixés par les détenteurs de l'autorité parentale /familiale ; télétravail ; cloisonnement vie personnelle- vie professionnelle ; législation quant à l'utilisation d'Internet ; Usages et mésusages d'Internet. Qu'est-ce qu'un Geek ? un No-life ? un Nerd ? un Hacker ?



**Carte numéro 4**

**« avec l'alcool, le tabac, ou les drogues, on risque de devenir accro »**

- Qu'est-ce qu'une drogue ? Qu'est-ce que le tabac ? Qu'est-ce que l'alcool ? Définition des diverses pratiques de consommation (curiosité, consommation occasionnelle, habituelle, addiction).
- Définition de la dépendance ; définition et explication des mécanismes de l'addiction ; qu'est-ce qu'être accro ? Les divers types d'addiction (avec et sans produit) ; environnement du consommateur.
- Notion de liberté ; choix/non choix de consommer.
- Symptomatologie de l'arrêt de consommation.
- Législation.
- Au choix de l'animateur : développer plus spécifiquement l'alcool, ou le tabac, ou les drogues.



**Carte numéro 5**

**« avec les jeux vidéo, on peut confondre la vie réelle et ce qui se passe dans le jeu »**

- Distinction entre monde réel /monde virtuel ; aspects « positifs » : plaisir, loisir, relationnel, social des jeux vidéo et des jeux en ligne ; conséquences « négatives » sur la santé et la vie sociale et sentimentale, investissement scolaire et social, budget...
- Distinction entre pratique occasionnelle, habituelle, et addictive.
- Qu'est-ce qu'un Geek ? un No-life ? un Nerd ? un Hacker ?
- Législation en matière de jeux vidéo, jeux vidéo en ligne ;
- Se renseigner sur les jeux en lignes MMORPG (jeux de rôles massivement multijoueurs en ligne) ex : jeu déconseillé aux mineurs « World of warcraft ».
- Rôle éducatif des adultes.



**Carte numéro 6**

**« C'est important d'accepter de relever des défis pour s'intégrer aux autres »**

- Qu'est-ce qu'un défi ? Respect de soi et des autres ; notion de liberté ; choix/non choix de ses actes ; savoir dire non ; relation au groupe des pairs ; influence/pression du groupe ; conformité au groupe des pairs ; estime de soi/confiance en soi ; responsabilité des actes ; bizutage.





## Carte numéro 7

### « C'est vers l'adolescence qu'on commence à fumer »

- Adolescence, puberté, pression sociale, groupe des pairs; intégration aux pairs; choix/non choix, estime de soi; savoir dire non et argumenter.
- Rappel de la réglementation française (tabac, cannabis).



## Carte numéro 8

### « Ce lieu est désormais non fumeur »

- La Loi (française, européenne.); protection des individus; respect de soi et des autres; notion de liberté; choix/non choix de consommer; qu'est-ce qu'un lieu public? Règles de vie; distinction entre les règles familiales et les règlements de la Société; tabagisme passif.



## Carte numéro 9

### « Commencer à fumer jeune, c'est prendre un mauvais départ pour sa santé »

- Conséquences des consommations précoces sur le développement physiologique, physique, psychologique, cognitif de l'enfant et de l'adolescent.
- Mécénat, sponsoring.
- Sport et dopage, performances sportives et prise de produits.



## Carte numéro 10

### « Dans notre pays, l'initiation à l'alcool se fait le plus souvent en famille »

- Consommation et initiation selon les diverses cultures; réglementation/consommation et vente d'alcool en France, en Europe. Responsabilité parentale.
- Rôle social, culturel, aspect festif de l'alcool.
- Consommation précoce et risques sur la santé, et difficultés à l'arrêt.
- Idées reçues concernant les modes de consommation.



## Carte numéro 11

### « Deux personnes sur 3 meurent à cause de l'alcool »

- Revoir connaissances générales en épidémiologie (voir enquêtes officielles : OFDT, baromètre santé, ...); esprit critique; symptomatologie de la mort par consommation d'alcool (ex : alcool et accident de la route); population des jeunes par rapport à la population générale.



**Carte numéro 12**

**« En France, l'alcool fait partie des coutumes »**

- Habitudes culturelles, habitudes familiales, place de l'alcool dans la culture française et dans les autres pays.
- Lobbies des alcooliers et des publicitaires.



**Carte numéro 13**

**« Etre addict rend fou »**

- Qu'est-ce qu'une addiction? Addiction comportementale /addiction avec produit.
- Notion de non jugement de valeur; qu'est-ce que « être fou »?
- Prise en charge de l'addiction, accompagnement; Définition de la dépendance; définition et explication des mécanismes de l'addiction; qu'est-ce qu'être accro? Les divers types d'addiction (avec et sans produit); l'environnement du consommateur.
- Notion de liberté; choix/non choix de consommer; Symptomatologie de l'arrêt de consommation.



**Carte numéro 14**

**« Être addict, c'est être accro à quelque chose, à quelqu'un, à une attitude...on ne pense qu'à ça, on ne peut plus s'en passer »**

- Reformuler et valider cette définition; définition de la dépendance; explication des mécanismes de l'addiction (physiologique, physique, psychologique, environnemental, comportemental).
- Notion de liberté : choix/non choix de consommer.
- Faire citer des exemples.



**Carte numéro 15**

**« Fumer tue »**

- Qu'est-ce que Fumer? Composition d'une cigarette (tabac, nicotine, etc.); et d'un joint de cannabis (composition, THC...).
- Les effets et les conséquences à court, moyen et long terme. (Physiques, physiologiques, psychologiques, sociales).
- Liberté et aliénation; choix et non choix.
- Politiques et campagnes de prévention; messages de prévention sur les paquets de cigarettes (en France). (Nb : lors des tests de cet outil, des jeunes ont exprimé avoir peur pour la santé de leurs parents, et en corrélation, pour leur avenir, en regardant les images « choc » sur les paquets de cigarettes; aucun d'entre eux n'a exprimé une crainte par rapport à sa propre santé par incapacité à se projeter dans leur futur).





## Carte numéro 16

### « Il faut avoir 18 ans pour fumer et boire »

- Réglementation en France par rapport à la vente de substances réglementées aux mineurs : -tabac, alcool.
- Attention ! Si évocation du cannabis et d'autres substances illicites : rappel de la Loi française en matière d'usage, de détention, de vente, trafic...
- Consommation des mineurs : pas de réglementation d'un point de vue juridique ; mais responsabilité éducative et socio-culturelle.
- Attention : cigarette électronique : interdite à la vente aux mineurs, consommation dans les lieux publics : pas de positionnement législatif actuel.



## Carte numéro 17 :

### « Il y a des signes visibles qui prouvent qu'on est accro »

- Les effets physiques, psychiques, comportementaux.
- Répercussions sociales, financières, professionnelles, scolaires...
- Définition de la dépendance ; définition et explication des mécanismes de l'addiction ; qu'est-ce qu'être accro ? Les divers types d'addiction (avec et sans produit).
- Repérage des signes. Où orienter, quelles structures, quels professionnels ?



## Carte numéro 18 :

### « Internet permet de rentrer en contact alors qu'on n'ose pas en vrai »

- Vie réelle/monde virtuel ; les relations virtuelles, les relations à distance.
- Aspects positifs d'Internet.
- Réglementation par rapport à l'utilisation ; protection des utilisateurs, protection des mineurs.
- Les réseaux sociaux.
- Dangers d'internet ; confusion entre réel et virtuel ; risques de cette confusion.
- Effets négatifs si l'utilisation bascule vers une addiction : santé physique et psychique ; relationnel, sentimental et social ; notions de trafic et de mauvaises rencontres.
- Support permettant de prendre de l'assurance : attention aux mésusages.
- Cyber harcèlement, incivilités et violences par Internet.



## Carte numéro 19 :

### « Internet est un bon moyen de passer du temps et de rester en contact avec le monde »

- Place d'Internet dans la société ; à quoi sert Internet ; cadre et repères fixés par les détenteurs de l'autorité parentale /familiale ; télétravail ; cloisonnement vie personnelle - vie professionnelle ; législation/utilisation Internet ; Usages et mésusages d'Internet. Qu'est-ce qu'un Geek ? un No-life ? un Nerd ? un Hacker ?
- Communication virtuelle.
- Vie réelle/monde virtuel ; les relations virtuelles, les relations à distance.
- Aspects positifs d'Internet.
- Réglementation /utilisation ; protection des utilisateurs, protection des mineurs.
- Les réseaux sociaux.
- Dangers d'internet ; confusion réel/virtuel et risques de cette confusion.

# Addi Aïdo

GUIDE PRATIQUE

- Effets négatifs si l'utilisation bascule vers une addiction : santé physique et psychique; relationnel, sentimental et social; notions de trafic et de mauvaises rencontres.
- Support permettant de prendre de l'assurance : attention aux mésusages.
- Cyber harcèlement, incivilités et violences par Internet.

## Carte numéro 20

### « Jouer aux jeux peut entraîner d'autres addictions »

- Qu'est ce qu'une addiction? Que sont les polyconsommations? Faire préciser quels jeux : Jeux vidéo? Jeux de hasard? Jeux d'argent?
- Attention aux préjugés et la croyance socio- culturelle de l'escalade (ex : on boit un verre, puis on fume du tabac, puis on fume du cannabis, puis on s'injecte de l'héroïne, etc....) Rappel à la réglementation en matière de jeux de hasard et d'argent, et plus particulièrement pour les mineurs.



## Carte numéro 21

### « L'alcool existe depuis plus de mille ans, c'était une boisson sacrée »

- Alcool et aspect culturel; alcool et religions; alcool et sociétés; alcool et histoire; fabrication de l'alcool.



## Carte numéro 22

### « L'alcool guérit les blessures de l'âme et du cœur »

- Pourquoi consommer [de l'alcool]?
- Qu'est-ce que l'alcool?
- Effets positifs et effets négatifs (santé physique, psychique; aspect social, relationnel, environnemental...) à court, moyen, long terme.
- Mécanismes cérébraux
- Rapport entre effets recherchés, attendus et effets obtenus.



## Carte numéro 23

### « L'alcool rend joyeux, l'alcool rend heureux »

- Effets désinhibants de l'alcool, bénéfice à plus ou moins long terme de l'alcool, si bénéfice il y a, sur l'individu. Rapport entre effets recherchés, attendus et effets obtenus.
- Rapport entre l'individu, le contexte et le produit



## Carte numéro 24

### « L'alcool rend saoul, alors que c'est du liquide comme l'eau et le coca »

- Composition et fabrication des alcools; doses- bar; doses- maison; équivalences.
- Dilution des alcools avec d'autres liquides ('jus de fruits...)
- Idées reçues / effet déshydratation de l'alcool
- Qu'est-ce qu'être saoul?
- Alcool et sécurité routière; alcool et travail; alcool et conduites de machines dangereuses.





## Carte numéro 25

### « L'alcool risque d'entraîner des comportements idiots et violents »

- Effet désinhibiteur de l'alcool, action psychotrope : prises de risques (rapports sexuels non consentis, non protégés...), relever des défis, (ex : binge drinking),
- Faire évoquer les risques de coma éthylique : c'est quoi, que faire ?
- Conséquences possibles d'une consommation excessive sur le comportement et risques d'altération du jugement et du discernement.



## Carte numéro 26

### « L'alcool aide à être plus sûr de soi »

- Estime de soi ; être confronté (se confronter) à des situations qui mettent l'individu (l'ego) en danger : prise de parole en public, prise d'initiative, «faire le premier pas», épreuves orales d'examens, etc...
- Travailler sur les émotions et les compétences psycho-sociales ; gestion du stress et des émotions.
- Effet désinhibiteur de l'alcool, action psychotrope : prises de risques (rapport sexuel non consenti, non protégé...), relever des défis, (ex : binge drinking,). Si Binge drinking évoqué : repérer les signes d'un coma éthylique et savoir réagir.



## Carte numéro 27

### « L'alcool ne se boit pas toujours avec modération »

- Notion de contexte, habitudes culturelles, contexte festif, contexte sportif « 3e mi-temps » ; place de l'alcool dans la société ; Doses- bar « doses-standard », doses-maison.
- Divers usages.
- Attention aux stéréotypes ; ex : « alcool et virilité ».



## Carte numéro 28

### « L'alcool nous influence à faire des choses qu'on ne ferait pas »

- Estime de soi ; être confronté (se confronter) à des situations qui mettent l'individu (l'ego) en danger : prise de parole en public, prise d'initiative, «faire le premier pas», épreuves orales d'examens, etc...
- Travailler sur les émotions et les compétences psycho-sociales ; gestion du stress et des émotions.
- Effet désinhibiteur de l'alcool, action psychotrope : prises de risques (rapport sexuel non consenti, non protégé ; conduite routière mettant en danger l'individu ;...), relever des défis (ex : binge drinking, « cap/pas cap ? » ; ...)
- Si le binge drinking est évoqué : repérer les signes d'un coma éthylique et savoir réagir (gestes de premiers secours).



## Carte numéro 29

### « La bière, ce n'est pas de l'alcool, alors que la vodka, oui »

- Idées reçues sur l'alcool : « alcool forts », « alcools moins forts » ; notion de volumes : doses-bar, doses-maison ; habitudes culturelles, habitudes familiales, place de l'alcool dans la culture française et des autres pays.

## Carte numéro 30

### « La dépendance est comme une sorte de prison »

- Qu'est-ce que la dépendance ?
- Notions de liberté, de choix, de non choix. Perte de contrôle. Aliénation.
- Accompagnement. Rappels à la loi (stupéfiants).



## Carte numéro 31

### « La loi est différente selon qu'on consomme ou qu'on fait du trafic »

- La loi française, la loi européenne, et pour plus de curiosités voir les lois d'autres pays.
- Se documenter sur la loi et les pratiques aux Pays Bas (les jeunes en font souvent référence lors des échanges).
- Clarifier légalisation/ dépénalisation/ réglementation.
- Attention aux « fausses » représentations sociales qui avancent que le consommateur ne ferait pas partie de la filière du trafic.



## Carte numéro 32

### « Le meilleur moyen d'arrêter de fumer, c'est de ne jamais commencer »

- Précocité de la consommation
- Consommation tabagique (et par élargissement, d'autres substances) et grossesses : risques pour le fœtus. Attention : veiller, dans le discours, à ne pas culpabiliser l'attitude parentale.
- Savoir dire non ; alternatives à consommer. Accompagnement à l'arrêt des consommations.



## Carte numéro 33

### « Le risque le plus important avec les jeux vidéo, c'est d'avoir des problèmes de vue »

- Aspects « positifs » : plaisir, loisir, relationnel, social des jeux vidéo et des jeux en ligne ; lien intergénérationnel.
- Réglementation quant à l'utilisation (âge).
- Conséquences « négatives » sur la santé et la vie sociale et sentimentale, investissement scolaire et social, budget...
- Distinction entre pratique occasionnelle, habituelle, et addictive.
- Distinction entre les différentes typologies de jeux : jeux de guerre, jeux de sports... objectifs visés de ces jeux.
- Les effets physiques, neuro-psychiques, comportementaux, sociaux, affectifs... des jeux vidéo, en réseau... à court, moyen et long terme.
- Qu'est-ce qu'un Geek ? un No-life ? un Nerd ? un Hacker ?
- Législation en matière de jeux vidéo, jeux vidéo en ligne ;
- Se renseigner sur les jeux en lignes MMORPG (jeux de rôles massivement multijoueurs en ligne)  
ex : jeu déconseillé aux mineurs « World of Warcraft ».
- Rôle éducatif des adultes.





## Carte numéro 34

**« Le sport, le sexe, la nourriture, la recherche de la beauté et de la perfection, peuvent être des addictions »**

- Qu'est ce qu'une addiction.
- Addiction avec produits. Addictions comportementales (= sans produit).
- Aides et accompagnements.



## Carte numéro 35

**« Le tabac est une drogue »**

- Définition de la drogue versus substance psycho-active. Mécanismes de l'addiction.
- Attention aux représentations sociales d.es termes de drogué, de délinquant, de marginal, d'asocial.
- « Drogue », « drogué » = un profil type d'individu ? Attention aux stéréotypes.



## Carte numéro 36

**« Le tabac fait noircir les poumons et jaunir les dents »**

- Les effets du tabac ; croyances et stéréotypes sur les effets du tabac (ex : lien entre tabac et cancer du poumon).



## Carte numéro 37

**« Les blogs sur internet permettent de se faire de vrais amis »**

- Mondes Virtuel/réel ; qu'est-ce qu'un ami ? Qu'est ce qu'un ami sur les réseaux sociaux ? Réseaux sociaux ; harcèlement, les relations sociales, communication avec un média interposé ; question du nombre : nombre élevé d'amis = bien entouré.
- Discrimination (pas de réseau social = être évincé du groupe).



## Carte numéro 38

**« Les drogues ne sont bonnes pour personne sauf peut- être pour soulager les douleurs »**

- Qu'est ce qu'une drogue ? Qu'est ce qu'un médicament ? Quelles raisons peuvent pousser à consommer ? Effets recherchés des médicaments et des drogues ; effets indésirables.
- Savoir dire non dans une situation de pression. Alternatives à consommer. Accompagnement, aide.
- Repérage des signes de mal- être et accompagnement adapté.



## Carte numéro 39

**« Les envies de commencer à fumer sont les mêmes que les envies de fraises pendant la grossesse »**

- Consommation et plaisir ; paradoxe entre plaisir et dépendance ; notion de liberté : choix/non choix.
- Tabagisme et grossesse.

## Carte numéro 40

### « Les fumeurs aiment fumer »

- Consommer et plaisir ; paradoxe entre plaisir et dépendance ; notion de liberté : choix/non choix
- Tabagisme passif.



## Carte numéro 41

### « Les jeunes fument de plus en plus jeunes »

#### Cf chiffres et enquêtes OFDT, MILDT.

- Adolescence, puberté, pression sociale, groupe des pairs ; intégration aux pairs ; choix/non choix, estime de soi ; savoir dire non et argumenter.
- Rappel à la réglementation (tabac, cannabis).
- Rôle des adultes.
- Le tabac est un marqueur intéressant du lien existant entre la précocité de l'expérimentation (âge) et la vulnérabilité du sujet (à consommer : exprimée en années de consommation et/ou d'autres produits).



## Carte numéro 42

### « Les jeux vidéo sont captivants, il faut apprendre à gérer son temps »

- Distinction entre monde réel /monde virtuel ; aspects « positifs » : plaisir, loisir, relationnel, social des jeux vidéo et jeux en ligne ; conséquences « négatives » sur la santé et la vie sociale et sentimentale, investissement scolaire et social, budget...
- Distinction entre pratique occasionnelle, habituelle, et addictive.
- Distinction entre les différentes typologies de jeux : jeux de guerre, jeux de sports... objectifs visés de ces jeux.
- Qu'est-ce qu'un Geek ? un No-life ? un Nerd ? un Hacker ?
- Les effets physiques, neuro- psychiques, comportementaux, sociaux, affectifs... des jeux vidéos, en réseau... à court, moyen et long terme.
- Législation en matière de jeux vidéo, jeux vidéo en ligne ;
- Se renseigner sur les jeux en lignes MMORPG (jeux de rôles massivement multijoueurs en ligne) ex : jeu déconseillé aux mineurs « World of warcraft ».
- Rôle éducatif des adultes.



## Carte numéro 43

### « Les jeux vidéo servent à défouler les gens qui vivent en appartement »

- Les jeux vidéo peuvent-ils se substituer à d'autres activités socialisantes ?
- Les aspects positifs et plaisir du jeu
- Distinction entre les différentes typologies de jeux : jeux de guerre, jeux de sports... objectifs visés de ces jeux.
- Les différentes pratiques : occasionnelle, habituelle, et addictive.
- Les jeux en réseau : jouer avec les autres en réseau équivaut-il à être en relation et en interaction réelle avec les autres ?
- Les risques pour la santé, et psychiques, sociaux, relationnels...  
Considérer les jeux vidéo comme étant l'unique solution à des problèmes divers qu'on peut rencontrer au cours de sa vie.





## Carte numéro 44

### « Moi, je suis cool, je fume »

- Pourquoi fumer.
- Association de la cigarette à un comportement, à une image, à un héros; notion de valorisation dans une société, un groupe. Positionnement individuel dans un groupe. Image renvoyée aux autres.
- Alternatives autres pour s'intégrer dans un groupe.



## Carte numéro 45

### « Ne pas pouvoir se passer de son téléphone portable est une sorte d'addiction »

- Qu'est-ce qu'une addiction? Les addictions comportementales. Usage occasionnel, usage nocif, dépendance. Accompagnement.
- Place des NTIC (nouvelles technologies d'information et de communication) dans la société.
- Rôle éducatif des adultes / utilisation de ces NTIC. Respect des règles d'usage dans un cadre collectif (ex : règlement intérieur d'un établissement, trains...).



## Carte numéro 46

### « On boit pour oublier »

- Les raisons qui peuvent inciter à consommer : malêtre, problèmes familiaux, sociaux, financiers...etc...  
Ex : problèmes scolaires, malêtre, consommation de l'alcool pour oublier ses problèmes, les problèmes «sont enfouis», mais les effets de l'alcool sont éphémères, les problèmes ressurgissent, conséquences : pour oublier, les personnes peuvent être amenées à reconsumer, le corps s'habitue : augmenter les doses, augmenter la fréquence : cercle de la dépendance. Notion de tolérance, d'accoutumance, de dépendance... de l'organisme à un produit, une substance, un comportement.



## Carte numéro 47

### « On commence à consommer du tabac ou de l'alcool pour faire comme les grands »

- Effet de mode, intégration d'un groupe, pression/rejet du groupe, pression sociale; choix/non choix; estime de soi; savoir dire non et argumenter; les alternatives à la consommation.
- Qu'est ce qu'être grand?



## Carte numéro 48

### « On commence à consommer la première fois par plaisir et par envie »

- Pourquoi on consomme.
- Paradoxe entre envie, plaisir et dégoût de la première cigarette, premier verre...
- Notion de plaisir; effets des drogues sur les neurones (synapses).

## Carte numéro 49

### « On commence à consommer par effet mode »

- Effet de mode, intégration d'un groupe, pression/rejet du groupe, pression sociale; choix/non choix; estime de soi; savoir dire non et argumenter; les alternatives à la consommation.



## Carte numéro 50

### « On dit que les drogues sont dangereuses et pourtant elles sont fabriquées et vendues »

- Drogues licites/ illicites.
- La loi française, européenne; voir loi selon les pays. Se renseigner sur les lois et les réglementations en vigueur selon les produits et les pays.
- Deal, trafic.



## Carte numéro 51

### « On fume pour se détendre, on est zen »

- Les raisons qui peuvent inciter à consommer : effet de groupe, effet de mode, mal-être, problèmes familiaux, sociaux, financiers... etc... Tabac et société, tabac et culture.
- Effets du tabac, effet du cannabis sur le corps et la santé : court, moyen et long terme, état de manque qui peut entraîner des irritabilités, du stress, poussant à reconsommer. Dépendance au tabac (psychologique, physique, comportementale), les aides et accompagnements à l'arrêt.
- Attention : cigarette électronique : interdite à la vente aux mineurs. Actuellement, elle n'est pas considérée comme un médicament; elle n'est pas vendue en pharmacie. Se référer à la réglementation en vigueur (qui évolue). Elle constitue un outil de réduction des risques et des dommages parmi d'autres. Usage dans les lieux publics : suivre l'évolution de cette réglementation
- Substituts divers : nicotiques, cigarette électronique.
- Diverses thérapies : individuelles, de groupe, cognitivo-comportementale. Alternatives à la gestion du stress et des émotions qui peuvent submerger l'individu.



## Carte numéro 52

### « On ne peut pas arrêter du jour au lendemain quand on est accro »

- La dépendance (psychique, physique et comportementale); les moyens pour arrêter, les structures d'aide.
- Substituts divers; Diverses thérapies : individuelles, de groupe, cognitivo-comportementale.





## Carte numéro 53

### « On ne peut pas s'arrêter de consommer car cela est trop important dans notre vie »

- Les comportements d'usages : simple, à risque, nocif, dépendance.
- La place du produit/non produit dans la vie de l'individu. Répercussions sociales, affectives, financières, familiales...
- Accompagnement et aides : les professionnels, structures, thérapies....



## Carte numéro 54

### « Pour faire une bonne fête, il faut qu'il y ait de l'alcool »

- La place de l'alcool (et sa symbolique) dans les diverses cultures.
- Aspect festif et culturel de l'alcool.
- Education au goût.
- Consommation d'alcool avec recherche d'ivresse. Binge drinking.
- Paradoxe du prix des consommations : boissons alcoolisées/non alcoolisées.
- Stratégies marketing ; marché de l'alcool.
- Lien existant entre alcool et s'amuser, faire la fête??



## Carte numéro 55

### « Pour se destresser, rien de mieux qu'une bonne cigarette »

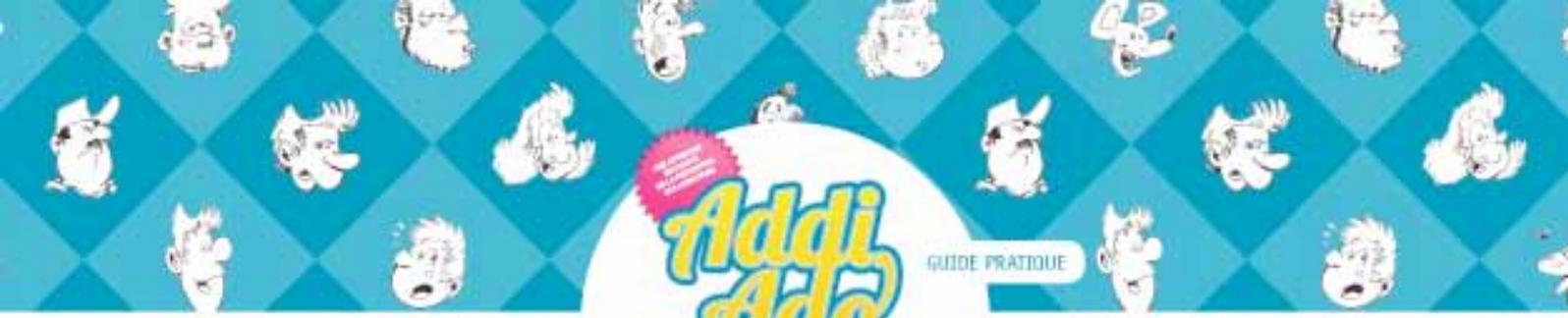
- Les raisons qui peuvent inciter à consommer : effet de groupe, effet de mode, mal-être, problèmes familiaux, sociaux, financiers...etc... Tabac et société, tabac et culture.
- Effets du tabac, effet du cannabis sur le corps et la santé : court, moyen et long terme, état de manque qui peut entraîner des irritabilités, du stress, poussant à reconsommer. Dépendance au tabac (psychologique, physique, comportementale). Les aides et accompagnements à l'arrêt.
- Attention : cigarette électronique : interdite à la vente aux mineurs. Actuellement, elle n'est pas considérée comme un médicament ; elle n'est pas vendue en pharmacie. Se référer à la réglementation en vigueur (qui évolue). Elle constitue un outil de réduction des risques et des dommages parmi d'autres. Usage dans les lieux publics : suivre l'évolution de cette réglementation.
- Substituts divers : nicotiques, cigarette électronique.
- Diverses thérapies : individuelles, de groupe, cognitivo-comportementale. Alternatives à la gestion du stress.



## Carte numéro 56

### « Quand on est accro, on change de comportement, ça se remarque au niveau de notre entourage, on n'est plus le même... »

- Conséquences : effets psycho actifs ;
- Conséquences sociales, familiales, relationnelles, affectives.
- Capacité à dire non ; influence, identification ; intégration au groupe.
- Accompagnement, aide. Accompagnement de l'entourage.



**Carte numéro 57**

**« Quand on est accro, on peut avoir des soucis avec la justice »**

- Addiction, dépendance.
- Causes multiples de l'addiction, la dépendance.
- Différentes conséquences dont judiciaires.



**Carte numéro 58**

**« Quand on est addict et que cela devient insupportable dans notre vie ou celle de notre famille, on peut se faire aider par quelqu'un »**

- Aides et accompagnements à l'arrêt. Quelles aides ? A qui s'adresser ? Où ? Accompagnement individuel et possibilité d'aide de l'entourage ; thérapies de groupes, groupes de paroles...
- Aides budgétaires et matérielles. Certaines structures garantissent la gratuité des soins (ex : CSAPA).



**Carte numéro 59**

**« Quand on est addict on peut faire de mauvaises rencontres. »**

- Deal, Trafic, conséquences judiciaires, familiales, affectives, sociales, scolaires, professionnelles.
- Structures d'accompagnement et d'aide.



**Carte numéro 60**

**« Quand on fume on est mieux vu par les autres »**

- Effet de mode, intégration d'un groupe, pression/rejet du groupe, pression sociale ; choix/non choix ; estime de soi ; savoir dire non et argumenter ; les alternatives à la consommation.

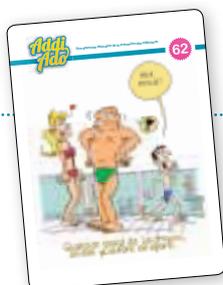


**Carte numéro 61**

**« Quand on goûte, cela peut nous écœurer, mais nous faire plaisir, il est possible qu'on ne puisse plus s'en passer »**

- Effet neurophysiologique plaisir/dépendance. Circuit de la récompense.
- Paradoxe plaisir/ écœurement/dépendance.
- Définition des diverses pratiques de consommation (curiosité, consommation occasionnelle, habituelle, addiction).
- Les effets physiques, psychiques et comportementaux.
- Définition de la dépendance ; définition et explication des mécanismes de l'addiction ; qu'est-ce qu'être accro ? Les divers types d'addiction (avec et sans produit) ; environnement du consommateur.
- Notion de liberté ; choix/non choix de consommer ; estime de soi ; savoir dire non.





## Carte numéro 62

### « Quand on prend de la drogue, on est plus fort en sport »

- Produits licites et illicites.
- Qu'est-ce qu'une drogue ?
- Définition des diverses pratiques de consommation (curiosité, consommation occasionnelle, habituelle, addiction).
- Les effets physiques, psychiques et comportementaux ; effets sur la pratique sportive.
- Définition de la dépendance ; définition et explication des mécanismes de l'addiction ; qu'est-ce qu'être accro ? Les divers types d'addiction (avec et sans produit) ; environnement du consommateur.
- Notion de liberté ; choix/non choix de consommer.
- Symptomatologie de l'arrêt de consommation.
- Législation.
- Qu'est-ce que le dopage ; pression sociale, performance, pression médiatique.
- Les limites du corps : dopage entraînant un surentraînement, surinvestissement physique et psychique.



## Carte numéro 63

### « Si on est alcoolisé, on peut être auteur ou victime de violences sexuelles »

- Effet désinhibiteur de l'alcool, action psychotrope : prises de risques (rapport sexuel non consenti, non protégé ; autres comportements à risque ; ..), relever des défis.
- Conséquences possibles d'une consommation d'alcool non tolérée par l'organisme sur le comportement ; risques d'altération du jugement et du discernement ; prises de risques.
- Loi concernant les auteurs de violences ; Loi concernant les victimes.
- Inciter à la bienveillance vis-à-vis de ses pairs, ses proches, ses amis lors de fêtes ou manifestations en groupe.



## Carte numéro 64

### « Si quelqu'un fume sous notre nez, c'est comme si on fumait »

- Tabagisme et tabagisme passif.
- Rappel à la loi (en France).
- Respect sphère privée / sphère publique.
- Cigarette électronique : suivre l'évolution en matière de législation de la vente (âge, lieux de vente) et de consommation (lieux publics).



## Carte numéro 65

### « Sur Internet, on risque de faire de mauvaises rencontres »

- Aspects positifs d'Internet.
- Réglementation de l'utilisation d'Internet ; protection des usagers, protection des mineurs.
- Les réseaux sociaux.
- Dangers d'Internet ; confusion entre le réel et le virtuel ; risques de cette confusion. Effets négatifs si l'utilisation bascule vers une addiction : santé physique, psychique ; relationnel, sentimental et social ; notions de trafic et de mauvaises rencontres.

## Carte numéro 66

### « Un des meilleurs moyens d'arrêter de fumer est de manger de la salade au petit déjeuner »

- Repérer les raisons qui ont poussé à consommer (= les motivations à consommer).
- Effets du tabac, effet du cannabis sur le corps et la santé : court, moyen et long terme, état de manque pouvant entraîner des irritabilités, du stress, et poussant à reconsommer. Dépendance au tabac (psychologique, physique, comportementale), les aides et accompagnements à l'arrêt.
- Symptomatologie de l'arrêt.
- Substituts divers : nicotiniques, cigarette électronique.
- Attention : cigarette électronique : interdite à la vente aux mineurs. Actuellement, elle n'est pas considérée comme un médicament ; elle n'est pas vendue en pharmacie. Se référer à la réglementation en vigueur (qui évolue). Elle constitue un outil de réduction des risques et des dommages parmi d'autres. Usage dans les lieux publics : suivre l'évolution de cette réglementation.
- Alternatives à la gestion du stress et des émotions qui peuvent submerger l'individu lors de l'arrêt. Aides et accompagnements à l'arrêt. Quelles aides ? A qui s'adresser ? Où ? Prise en charge financière ?
- Accompagnement individuel et possibilité d'aide de l'entourage ; thérapies de groupes, groupes de parole, thérapies individuelles, cognitivo-comportementales.
- Aides budgétaires et matérielles. Certaines structures garantissent la gratuité des soins (ex : CSAPA).



## Carte numéro 67

### « Un entourage qui fume augmente de 23 % la chance d'avoir un cancer »

- Attention : cette carte, de par la formulation du texte, peut choquer et susciter des réactions vives.
- Attention : pas de discours stigmatisant ni culpabilisateur concernant l'entourage fumeur.
- Communication : capacité à exprimer ses points de vue, sa gêne vis-à-vis du tabac... sans agressivité ni crainte d'être jugé et rejeté.
- Tabagisme passif : effets sur la santé à court, moyen et long terme.
- Aborder les notions de facteurs de risque des cancers et de vulnérabilité des individus.



## Carte numéro 68

### « Un fumeur peut arrêter du jour au lendemain »

- Repérer les raisons qui ont poussé à consommer. (= les motivations à consommer).
- Effets du tabac, effet du cannabis sur le corps et la santé : court, moyen et long terme, état de manque pouvant entraîner des irritabilités, du stress, et poussant à reconsommer. Dépendance au tabac (psychologique, physique, comportementale), les aides et accompagnements à l'arrêt.
- Symptomatologie de l'arrêt.
- Substituts divers : nicotiniques, cigarette électronique.
- Attention : cigarette électronique : interdite à la vente aux mineurs. Actuellement, elle n'est pas considérée comme un médicament ; elle n'est pas vendue en pharmacie. Se référer à la réglementation en vigueur (qui évolue). Elle constitue un outil de réduction des risques et des dommages parmi d'autres. Usage dans les lieux publics : suivre l'évolution de cette réglementation.
- Alternatives à la gestion du stress et des émotions qui peuvent submerger l'individu lors de l'arrêt. Aides et accompagnements à l'arrêt. Quelles aides ? A qui s'adresser ? Où ? Prise en charge financière ?
- Accompagnement individuel et possibilité d'aide de l'entourage ; thérapies de groupes, groupes de parole, thérapies individuelles, cognitivo-comportementales.
- Aides budgétaires et matérielles. Certaines structures garantissent la gratuité des soins (ex : CSAPA).





### Carte numéro 69

#### « Une fois qu'on commence à goûter, il est difficile de s'en passer »

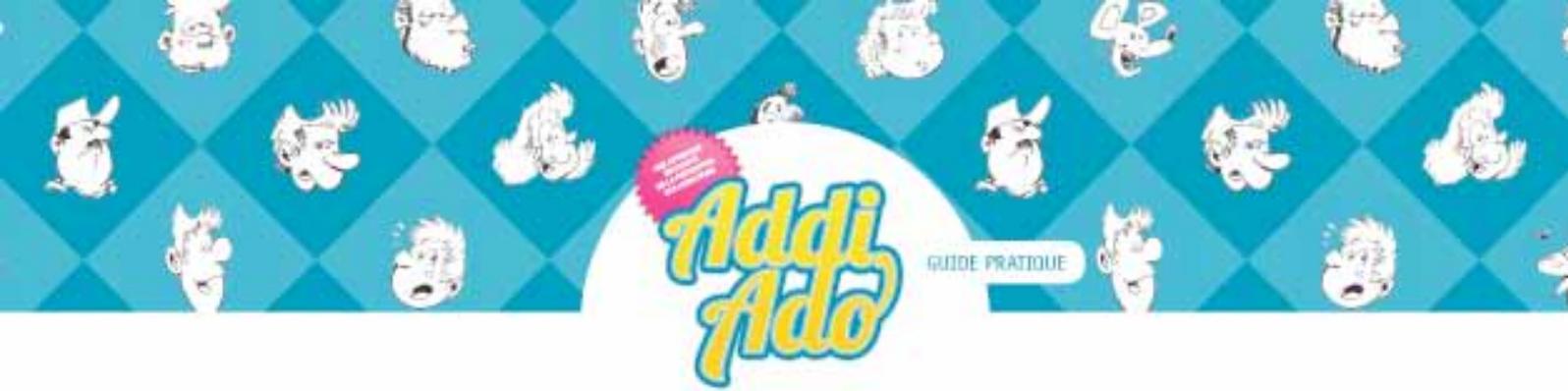
- Effet neurophysiologique plaisir/dépendance. Circuit de la récompense.
- Paradoxe plaisir/ écoeurement/dépendance.
- Effet addictogène des produits.
- Notion des divers usages.
- Contexte de l'expérimentation, de l'usage, relations aux autres, capacité à choisir de consommer ou non.
- Attentes de l'individu vis-à-vis du produit.



# Tableau de repérage

## des notions pouvant être abordées par carte

CARTE							
N°	DESCRIPTIF	CONNAISSANCE DU PRODUIT/ DU NON PRODUIT/ COMPORTEMENT	RISQUES POUR LA SANTÉ	USAGES ET CONSOMMATIONS MOTIVATIONS ET SATISFACTIONS À CONSOMMER	LOI, RÉGLEMENTATIONS, RÈGLES, ÉTHIQUE	VIVRE ENSEMBLE, ADOLESCENCE RELATION AUX PAIRS ET GROUPES, CULTURES ET SOCIÉTÉS	RESSOURCES, ACCOMPAGNEMENT, AIDE, ALTERNATIVES À CONSOMMER ; RÉDUCTION DES RISQUES
1	« 70% des accidents de la route sont liés à l'alcool »	×	×	×	×	×	×
2	« à l'adolescence on fait comme les copains »			×		×	×
3	« à la maison, on ne peut plus se passer d'Internet »	×	×	×	×	×	×
4	« avec l'alcool, le tabac ou les drogues, on risque de devenir accro »	×	×	×	×	×	×
5	« avec les jeux vidéo, on peut confondre la vie réelle et ce qui se passe dans le jeu »	×	×	×	×	×	×
6	« c'est important de relever des défis pour s'intégrer aux autres »					×	×
7	« c'est vers l'adolescence qu'on commence à fumer »			×	×	×	×
8	« ce lieu est désormais non fumeur »		×		×	×	
9	« commencer à fumer jeune, c'est prendre un mauvais départ pour sa santé »	×	×	×		×	×
10	« dans notre pays, l'initiation à l'alcool se fait le plus souvent en famille »	×		×		×	
11	« 2 personnes sur 3 meurent à cause de l'alcool »	×	×	×	×		×
12	« En France, l'alcool fait partie des coutumes »	×		×	×	×	



CARTE							
N°	DESCRIPTIF	CONNAISSANCE DU PRODUIT/ DU NON PRODUIT/ COMPORTEMENT	RISQUES POUR LA SANTÉ	USAGES ET CONSOMMATIONS MOTIVATIONS ET SATISFACTIONS À CONSOMMER	LOI, RÉGLEMENTATIONS, RÈGLES, ÉTHIQUE	VIVRE ENSEMBLE, ADOLESCENCE RELATION AUX PAIRS ET GROUPES, CULTURES ET SOCIÉTÉS	RESSOURCES, ACCOMPAGNEMENT, AIDE, ALTERNATIVES À CONSOMMER ; RÉDUCTION DES RISQUES
13	« Etre addict rend fou »			×			×
14	« être addict, c'est être accroc à quelque chose, à quelqu'un, à une attitude..on ne pense qu'à ça, on ne peut plus s'en passer »		×	×			×
15	« fumer tue »	×	×	×			×
16	« il faut avoir 18 ans pour fumer et boire »			×	×		
17	« il y a des signes visibles qui prouvent qu'on est accroc »		×	×			×
18	« Internet permet de rentrer en contact alors qu'on n'ose pas en vrai »	×		×	×	×	
19	« Internet est un bon moyen de passer du temps et de rester en contact avec le monde »		×	×	×	×	×
20	« jouer aux jeux peut entrainer d'autres addictions »	×	×	×			×
21	« l'alcool existe depuis plus de mille ans, c'était une boisson sacrée »			×		×	
22	« l'alcool guérit les blessures de l'âme et du cœur »	×	×	×		×	×
23	« l'alcool rend joyeux, l'alcool rend heureux »	×	×	×		×	×
24	« l'alcool rend saoul, alors que c'est du liquide comme l'eau et le coca »	×	×	×			
25	« l'alcool risque d'entrainer des comportements idiots et violents »	×	×	×	×	×	×
26	« l'alcool aide à être plus sûr de soi »	×		×		×	×

TABLEAU DE REPÉRAGE DES NOTIONS POUVANT ÊTRE ABORDÉES PAR CARTE



TABLEAU DE REPÉRAGE DES NOTIONS POUVANT ÊTRE ABORDÉES PAR CARTE

CARTE							
N°	DESSCRIPTIF	CONNAISSANCE DU PRODUIT/ DU NON PRODUIT/ COMPORTEMENT	RISQUES POUR LA SANTÉ	USAGES ET CONSOMMATIONS MOTIVATIONS ET SATISFACTIONS À CONSOMMER	LOI, RÉGLEMENTATIONS, RÈGLES, ÉTHIQUE	VIVRE ENSEMBLE, ADOLESCENCE RELATION AUX PAIRS ET GROUPES, CULTURES ET SOCIÉTÉS	RESSOURCES, ACCOMPAGNEMENT, AIDE, ALTERNATIVES À CONSOMMER ; RÉDUCTION DES RISQUES
27	« l'alcool ne se boit pas toujours avec modération »	×	×	×	×	×	×
28	« l'alcool nous influence à faire des choses qu'on ne ferait pas »	×	×	×	×	×	×
29	« la bière, ce n'est pas de l'alcool, alors que la vodka, oui »	×				×	
30	« la dépendance est comme une sorte de prison »		×	×	×	×	×
31	« la loi est différente selon qu'on consomme ou qu'on fait du trafic »				×		×
32	« le meilleur moyen d'arrêter de fumer, c'est de ne jamais commencer »	×	×	×			×
33	« le risque le plus important avec les jeux vidéo, c'est d'avoir des problèmes de vue »	×	×	×	×	×	×
34	« le sport, le sexe, la nourriture, la recherche de la beauté et de la perfection, peuvent être des addictions »	×	×	×			×
35	« le tabac est une drogue »	×	×	×	×	×	×
36	« le tabac fait noircir les poumons et jaunir les dents »	×	×	×			×
37	« les blogs sur internet permettent de se faire de vrais amis »	×		×	×	×	×
38	« les drogues ne sont bonnes pour personne sauf peut-être pour soulager les douleurs »	×	×	×	×		×
39	« les envies de commencer à fumer sont les mêmes que les envies de fraises pendant la grossesse »	×	×	×		×	×
40	« les fumeurs aiment fumer »	×	×	×		×	×



CARTE							
N°	DESCRIPTIF	CONNAISSANCE DU PRODUIT/ DU NON PRODUIT/ COMPORTEMENT	RISQUES POUR LA SANTÉ	USAGES ET CONSOMMATIONS MOTIVATIONS ET SATISFACTIONS À CONSOMMER	LOI, RÉGLEMENTATIONS, RÈGLES, ÉTHIQUE	VIVRE ENSEMBLE, ADOLESCENCE RELATION AUX PAIRS ET GROUPES, CULTURES ET SOCIÉTÉS	RESSOURCES, ACCOMPAGNEMENT, AIDE, ALTERNATIVES À CONSOMMER ; RÉDUCTION DES RISQUES
41	« les jeunes fument de plus en plus jeunes »	×	×	×		×	×
42	« les jeux vidéo sont captivants, il faut apprendre à gérer son temps »	×	×	×	×	×	×
43	« les jeux vidéo servent à défouler les gens qui vivent en appartement »	×	×	×		×	×
44	« Moi, je suis cool, je fume »	×		×		×	
45	« ne pas pouvoir se passer de son téléphone portable est une sorte d'addiction »	×	×	×	×	×	×
46	« on boit pour oublier »	×	×	×		×	×
47	« on commence à consommer du tabac ou de l'alcool pour faire comme les grands »	×		×		×	
48	« on commence à consommer la première fois par plaisir et par envie »	×		×		×	
49	« on commence à consommer par effet mode »	×		×		×	
50	« on dit que les drogues sont dangereuses et pourtant elles sont fabriquées et vendues »	×	×	×	×	×	
51	« on fume pour se détendre, on est zen »	×		×		×	×
52	« on ne peut pas arrêter du jour au lendemain quand on est accroc »	×	×	×		×	×
53	« on ne peut pas s'arrêter de consommer car cela est trop important dans notre vie »	×	×	×		×	×
54	« pour faire une bonne fête, il faut qu'il y ait de l'alcool »	×	×	×	×	×	

TABLEAU DE REPÉRAGE DES NOTIONS POUVANT ÊTRE ABORDÉES PAR CARTE

CARTE							
N°	DESSCRIPTIF	CONNAISSANCE DU PRODUIT/ DU NON PRODUIT/ COMPORTEMENT	RISQUES POUR LA SANTÉ	USAGES ET CONSOMMATIONS MOTIVATIONS ET SATISFACTIONS À CONSOMMER	LOI, RÉGLEMENTATIONS, RÈGLES, ÉTHIQUE	VIVRE ENSEMBLE, ADOLESCENCE RELATION AUX PAIRS ET GROUPES, CULTURES ET SOCIÉTÉS	RESSOURCES, ACCOMPAGNEMENT, AIDE, ALTERNATIVES À CONSOMMER ; RÉDUCTION DES RISQUES
55	« pour se destresser, rien de mieux qu'une bonne cigarette »	×		×		×	×
56	« quand on est accro, on change de comportement, ça se remarque au niveau de notre entourage, on n'est plus le même »	×	×	×		×	×
57	« quand on est accro, on peut avoir des soucis avec la justice »	×	×	×	×	×	×
58	« quand on est addict et que cela devient insupportable dans notre vie ou celle de notre famille, on peut se faire aider par quelqu'un »		×	×		×	×
59	« quand on est addict on peut faire de mauvaises rencontres. »		×		×	×	×
60	« quand on fume on est mieux vu par les autres »			×		×	×
61	« quand on goûte, cela peut nous écoeurer, mais nous faire plaisir, il est possible qu'on ne puisse plus s'en passer »	×	×	×		×	×
62	« quand on prend de la drogue, on est plus fort en sport »	×	×	×	×	×	×
63	« si on est alcoolisé, on peut être auteur ou victime de violences sexuelles »	×	×	×	×	×	×
64	« si quelqu'un fume sous notre nez, c'est comme si on fumait »	×	×		×	×	
65	« sur Internet, on risque de faire de mauvaises rencontres »	×	×		×	×	×
66	« un des meilleurs moyens d'arrêter de fumer est de manger de la salade au petit déjeuner »	×		×			×
67	« un entourage qui fume augmente de 23% la chance d'avoir un cancer »	×	×			×	×
68	« un fumeur peut arrêter du jour au lendemain »	×	×	×			×
69	« une fois qu'on commence à goûter, il est difficile de s'en passer »	×	×	×			×

# Politique de l'état

## en matière de prévention des conduites addictives.

Par Annie Maurer.



Créée en 1982, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, placée sous l'autorité du Premier ministre, anime et coordonne les actions de l'Etat en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies, en particulier dans les domaines de l'observation et de la prévention de la toxicomanie, de l'accueil, des soins et de la réinsertion des toxicomanes, de la formation des personnes intervenant dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie, de la recherche, de l'information, et de la lutte contre le trafic.

Pour ce faire, la MILDT prépare des plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et les toxicomanies et veille à leur application.

La vocation interministérielle de la MILDT est inscrite dans un ensemble de textes qui donne à cette administration de mission une compétence de coordination et d'animation.

La politique de lutte contre la drogue, la toxicomanie et les conduites addictives est transversale et chaque département ministériel doit y contribuer pour son champ de compétence, à la hauteur des efforts requis pour l'ensemble des domaines de l'action publique le concernant.

Le rattachement de la mission au Premier ministre lui permet de proposer une action globale et intégrée qui conjugue prévention, santé, recherche, lutte contre les trafics, respect de la loi et formation.

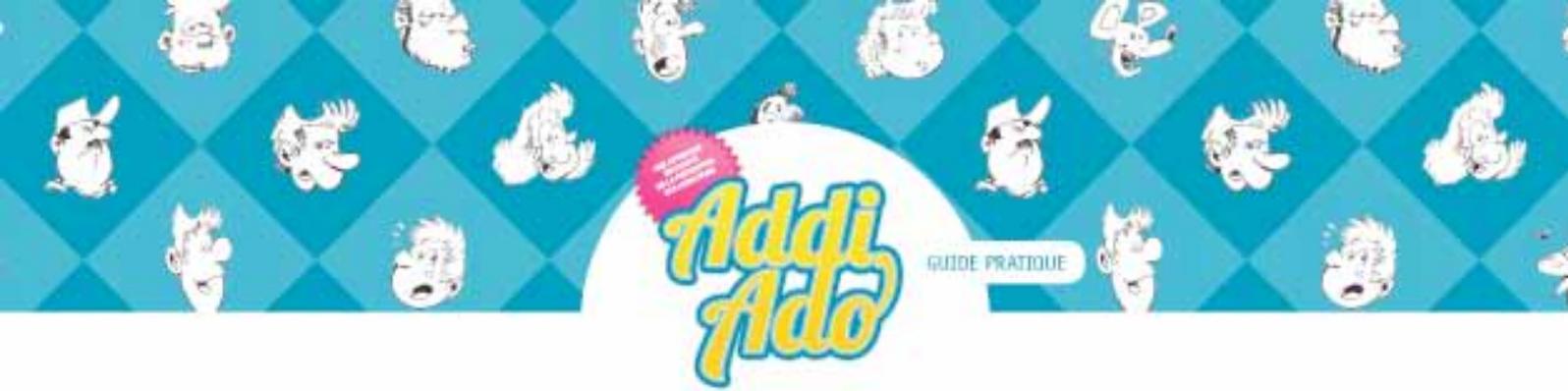
Dans le plan départemental (2010-2013) de l'Allier les objectifs sont recentrés sur les volets suivants :

- Prévenir, communiquer, informer.
- Appliquer la loi.
- Soigner, insérer, réduire les risques.

En ce qui concerne les jeunes, le plan national rappelle que le rajeunissement de l'âge moyen d'initiation aux différentes substances psychoactives (11 ans pour l'alcool, 12 ans pour le tabac, 14-15 ans pour le cannabis) est l'une des tendances récentes les plus préoccupantes. Il est établi que, plus le démarrage des consommations est précoce, plus les risques ultérieurs de dépendance sont importants. C'est pourquoi la priorité en matière de prévention doit être d'éviter les entrées en consommation de drogues.

Ainsi, la prévention des conduites addictives en milieu scolaire s'inscrit dans une démarche globale d'éducation à la santé et à la citoyenneté à l'école. Elle vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle constitue une composante de l'éducation du citoyen.

Pour les autres départements et les autres régions : consulter les plans de lutte contre les drogues et les toxicomanies (sites des Préfectures de Régions et des Départements ; sites des Agences Régionales de Santé).



# Point sur les consommations des jeunes auvergnats

Par Valentin Flaudias / CR2A Auvergne.

## ■ Une consommation quotidienne de tabac plus élevée en Auvergne.

En 2011, trois quarts des jeunes auvergnats ont déjà fumé du tabac au cours de leur vie, 11% ont un usage occasionnel, 37% un usage quotidien et 9% un usage intensif. Les jeunes auvergnats de 17 ans se distinguent de leurs homologues métropolitains par une part plus élevée d'expérimentateurs de tabac et de fumeurs quotidiens. Les filles de la région ont davantage un usage occasionnel de tabac par rapport aux garçons alors que ces derniers déclarent davantage un tabagisme intensif que les filles.

Entre 2008 et 2011, les parts d'expérimentation et de tabagisme occasionnel sont restées stables en Auvergne alors qu'elles ont diminué en France métropolitaine. En ce qui concerne le tabagisme quotidien, après une baisse franche constatée entre 2005 et 2008, il est remarqué une progression entre 2008 et 2011 dans la région. La France métropolitaine a également enregistré une hausse du tabagisme quotidien, mais moins importante qu'en Auvergne. Quant au tabagisme intensif, il est resté stable entre 2008 et 2011 dans la région comme en France métropolitaine.

## ■ La consommation d'alcool plus souvent déclarée par les jeunes de la région

La consommation d'alcool, qu'il s'agisse de l'expérimentation, de l'usage au cours du mois, de l'usage régulier ou de l'usage quotidien, est plus souvent déclarée par les jeunes de la région que par les jeunes métropolitains. L'usage régulier d'alcool est un comportement plutôt masculin. En termes d'évolution, l'usage récent d'alcool, l'usage régulier et l'usage quotidien ont progressé entre 2008 et 2011 en Auvergne.

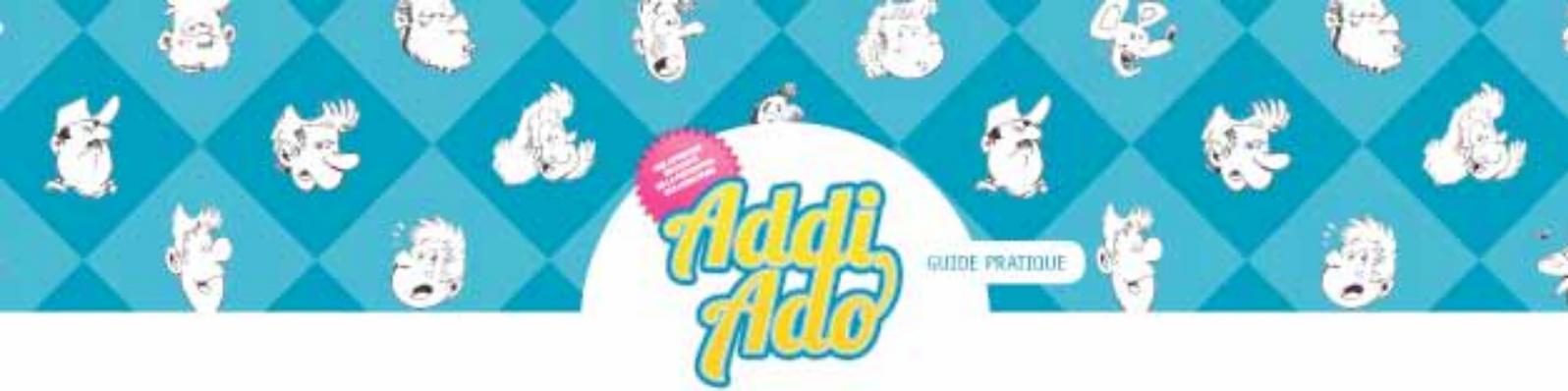
eu un tel comportement de manière répétée ou régulière. L'alcoolisation ponctuelle importante est en progression en Auvergne comme en France métropolitaine depuis 2008 concernant l'usage récent et l'usage répété.

Ce type de comportement est nettement plus souvent pratiqué par les garçons.

En 2011, près des deux tiers des jeunes auvergnats ont déclaré avoir bu cinq verres d'alcool ou plus au moins une fois au cours des trente derniers jours. Cette alcoolisation ponctuelle importante est plus souvent déclarée par les jeunes de la région que par les jeunes métropolitains. Cette différence se vérifie également pour la part de jeunes ayant

En 2011, six jeunes de 17 ans sur dix ont déclaré avoir été ivres au cours de l'année en Auvergne. Quelle que soit la fréquence, les jeunes de la région déclarent davantage d'ivresses que les jeunes métropolitains, hormis pour les ivresses régulières.

Les ivresses concernent davantage les garçons que les filles. Depuis 2008, les ivresses semblent s'être stabilisées chez les jeunes auvergnats, et ce quelle que soit la fréquence.



## ■ La consommation de cannabis plus élevée en Auvergne qu'en France métropolitaine



En Auvergne, en 2011, 47% des jeunes de 17 ans ont déclaré avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. 42% déclarent en avoir consommé au cours de l'année et plus d'un quart au cours du mois. La consommation de cannabis des jeunes de la région semble plus élevée que celle des jeunes métropolitains, hormis pour l'usage quotidien.

Alors qu'entre 2005 et 2008 était constatée une baisse de la consommation de cannabis, il est remarqué, même si les différences ne sont pas significatives, une inflexion à la hausse entre 2008 et 2011 en Auvergne. Parallèlement à ces résultats, il est constaté une stagnation de l'expérimentation de cannabis chez les jeunes métropolitains, accompagnée d'une baisse des usages dans l'année et au cours du mois. L'expérimentation, l'usage récent et régulier de cannabis sont plus souvent le fait des garçons.

Parmi les autres drogues illicites, les poppers sont le produit le plus expérimenté par les jeunes auvergnats en 2011. La part de jeunes déclarant avoir déjà consommé des poppers, des produits à inhaler, de la cocaïne, de l'ecstasy, des amphétamines et de l'héroïne est plus élevée en Auvergne qu'en France métropolitaine. Entre 2008 et 2011, seules les expérimentations d'amphétamines et d'héroïne ont augmenté en Auvergne, la consommation des autres produits étant restée stable.

Sources : ESCAPAD - OFDT - 2011.



## Adolescence et conduites à risques : « Une manière de se défaire tout en se faisant »

J.P. Gonzalès.

Par Grégory Duperron

L'adolescence occupe une place centrale dans les interrogations des professionnels, mais également au sein de notre société. Elle est un carrefour de vie entre l'enfance et l'âge adulte. Dans cet entre-deux identitaire, l'adolescent aura la nécessité de définir et de choisir son projet, au regard du projet parental qui jusqu'alors le portait.

L'adolescence amène à s'interroger sur l'avenir mais également à poser des questions de fond (philosophiques, identitaires, objectifs de notre vie...). Moment particulier de l'existence, d'autant plus complexe que nos sociétés modernes sont en pleine mutation et ne proposent plus de passerelles symboliques suffisantes.

Il ne s'agit pas ici de présenter un catalogue de la psychopathologie de l'adolescent. Ce serait une erreur d'aborder les thèmes de l'adolescence et des drogues sous l'angle de la pathologie : la question des drogues ne doit en aucun cas être réduite à la notion de dépendance et de la même manière l'adolescence ne doit pas être envisagée comme « un problème ». Nous présenterons donc ici le développement normal de l'adolescence tout en essayant de mettre en lumière les liens avec l'expérience des consommations de produits psycho-actifs et l'expérience des conduites addictogènes comme les jeux vidéo, les jeux d'argent ou les troubles alimentaires...

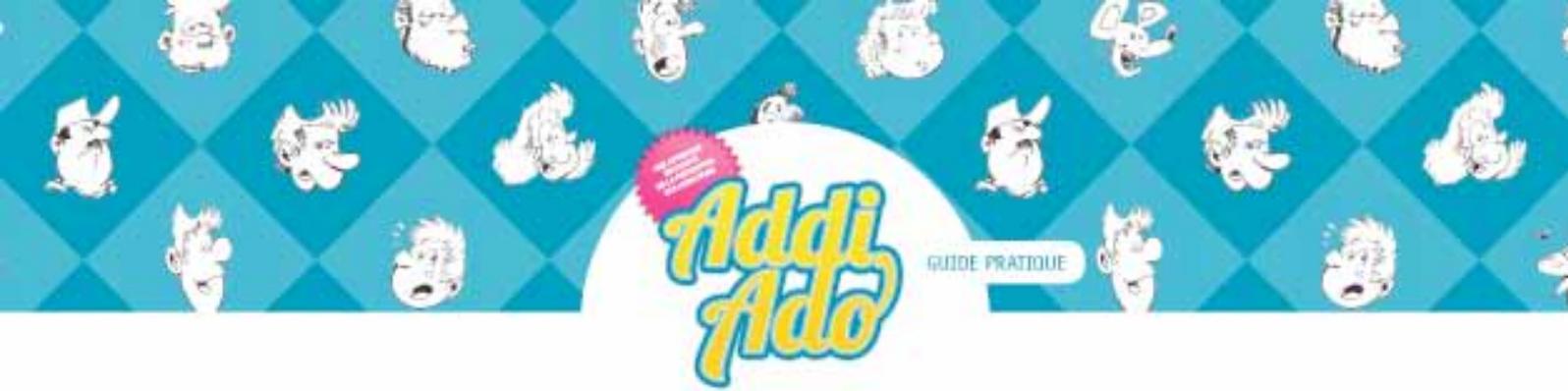
### Adolescence et Addictions

**Il est intéressant de s'attacher aux liens entre l'adolescence et le champ de l'addictologie pour plusieurs raisons :**

- La plupart des addictions prennent racine au moment de l'adolescence.
- L'adolescent doit mettre fin à sa dépendance familiale.
- L'addiction est le moyen de remplacer une dépendance par une autre.
- L'addiction est souvent un compromis aux difficultés internes (souffrances psychiques)

*Le contre-exemple concerne les personnes qui n'ont pas eu de problèmes majeurs à l'adolescence et à l'âge adulte mais qui subissent malheureusement un traumatisme psychique grave dans leurs vies : agressions violentes, agressions sexuelles, accident de la circulation, attentat...(toute situation qui met une personne en contact avec la notion de mort).*

*Dans ces cas-là, le recours abusif à des conduites addictives est fréquent et n'a donc pas de lien direct avec l'adolescence de la personne.*



Nous allons donc développer et expliciter ces différentes notions dans les chapitres suivants en débutant par les différents changements (physiques et psychologiques) inhérents à cette période charnière entre l'enfance et l'âge adulte. Nous évoquerons ensuite la notion de conduites à risques à l'adolescence, domaine dont font partie les conduites addictives.

## ■ LES CHANGEMENTS PHYSIQUES À L'ADOLESCENCE

### Les modifications somatiques :

La croissance structurale inaugure la puberté (changements physiques). Lors de l'année de la croissance maximale, le gain varie entre 6 et 11 centimètres pour les filles contre 7 à 12 pour les garçons. Il y a une évolution des caractères sexuels primaires, à savoir les organes génitaux. Pour les filles, la puberté se termine par les premières règles (vers 12 ans en moyenne). En parallèle, pour le garçon, c'est la première éjaculation qui achève symboliquement la puberté (14 ans en moyenne). Il y a également une évolution des caractères sexuels secondaires : voix, pilosité, seins, système musculaire.

### Fréquences des dysharmonies :

*Ce qui est remarquable à l'adolescence pour les changements physiques c'est la fréquence des dysharmonies. De fait dans un groupe d'adolescents du même âge, l'évolution corporelle est différente et ce, selon les critères suivants :*

- Différence des sexes : le début de la puberté intervient en moyenne entre 10 et 10,6 ans chez les filles contre 12 et 12,6 ans chez les garçons.
- Variations individuelles importantes : les limites de l'entrée dans la puberté sont larges : de 8 à 14 ans pour les filles contre 10 à 16 ans pour les garçons.
- Variation de la croissance : le corps entier ne grandit pas de manière harmonieuse. Par exemple, les membres grandissent avant le tronc. C'est pour cette raison que les adultes ont parfois l'impression que des jeunes montent leur pantalon trop haut (au-dessus du nombril).
- Variations collectives : l'évolution physiologique prend le contrepied de l'évolution sociale, ce qui aboutit à distendre à l'extrême la période de l'adolescence. Par exemple, l'âge des premières règles est plus précoce qu'avant (16 ans en moyenne) alors que l'entrée dans le monde professionnel est plus tardif aujourd'hui (allongement des études).
- Désynchronisation du développement physique et psycho-affectif : la maturité psychique peut être en décalage avec l'évolution corporelle. Des jeunes peuvent être matures sur le plan psycho-affectif sans que leur corps ait évolué ; ils l'attendent donc avec impatience. A l'inverse, des changements physiques commencent pour des jeunes qui ne sont pas matures psychologiquement.





## ■ LE BOULEVERSEMENT PSYCHOLOGIQUE (LE PUBERTAIRE)

Le pubertaire est un terme employé pour évoquer les changements psychologiques à l'adolescence. Il est à la psyché ce que la puberté est au corps.

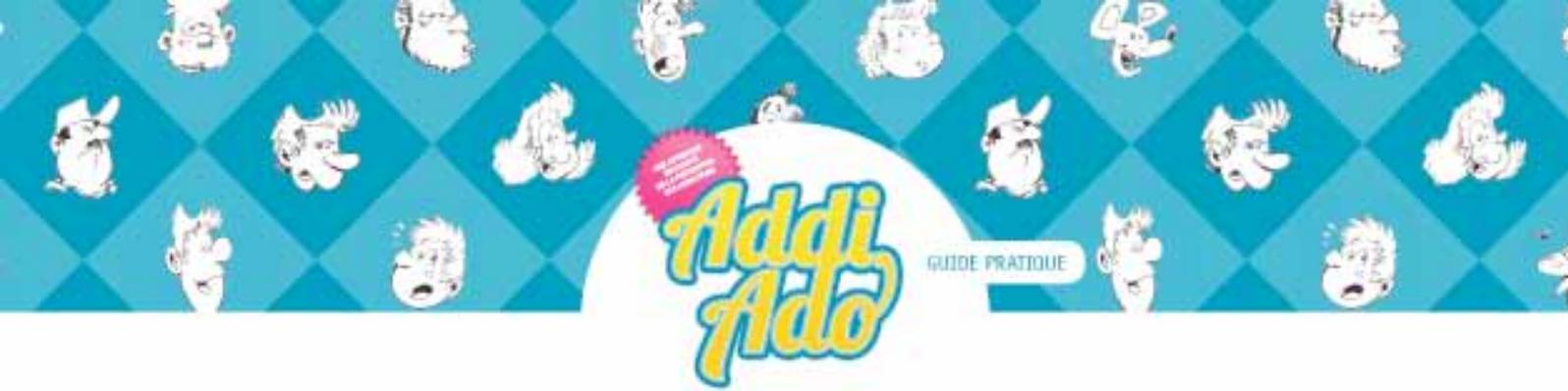
L'adolescence doit être considérée comme une convocation. Il n'y a pas de choix possible sur le quand et le comment. La transformation corporelle surprend l'enfant dans son développement et va bouleverser ses repères infantiles. Une fragilité identitaire en découle donc ; fragilité qui est tout à fait normale voire nécessaire si l'on se situe dans une perspective d'évolution. Ce sentiment identitaire moins stable est provoqué par les changements physiques mais aussi, comme nous le verrons plus loin, par l'accès à la sexualité génitale.

*La recherche identitaire est la notion centrale à l'adolescence, elle s'illustre par la fameuse question du « qui suis-je ? ». Ce questionnement va prendre la forme d'une quête identificatoire qui permet d'enrichir sa personnalité et d'affiner ses traits de caractères. Cette recherche concerne l'ensemble des domaines de la vie comme le travail, la famille, le mode de vie..., mais aussi des domaines plus intimes comme l'identité sexuelle, les choix des partenaires... Cela va s'exprimer à travers la culture (musique, film, théâtre, peinture) et l'identification à des figures de référence (chanteurs, acteurs, écrivains, personnages imaginaires, sportifs ou les grands Hommes). Finalement, ce qui permet la richesse identificatoire, c'est la diversité des expériences. Prenons l'exemple de la musique : souvent les jeunes vont se définir par le style de musique qu'ils écoutent. Ce qui est important c'est que pendant toute la période de l'adolescence ils n'écoutent pas un seul style de musique mais qu'au contraire, par période, ils s'intéressent à un style, puis un autre et ainsi de suite.*

*Cette recherche identitaire à l'adolescence est finalement similaire au travail psychique nécessaire lorsqu'une personne dépendante décide de stopper sa conduite addictive. Lorsqu'une personne devient dépendante, toute sa vie est centrée autour du produit ou de la conduite addictive : ai-je du produit ? Où en trouver ? Comment le payer ? Quand pourrai-je consommer ? C'est ce qui s'appelle « la centration ». La personne dépendante va finalement s'identifier et être identifiée par les autres uniquement par sa conduite addictive. Des éléments identificatoires comme le père, la mère, le fils, l'ami(e), le boulanger, le sportif... vont complètement disparaître au profit de l'alcoolique, du toxicomane ou du joueur compulsif. Arrêter un comportement addictif, c'est donc perdre aussi une identité forte. Un travail de « décentration » est alors nécessaire. Ne plus être dépendant, c'est changer de mode de vie, travail psychique qui se rapproche de celui des adolescents.*

Cette quête identificatoire doit être mise en perspective avec la qualité des liens dans la petite enfance et l'enfance ; c'est ce que les « psy » appellent les assises narcissiques. La qualité des assises narcissiques va permettre ou non une quête identificatoire. Les assises narcissiques constituent le socle de la personnalité ; par comparaison, ce sont les fondations d'une maison. De bonnes relations dans les premières années de la vie permettent d'acquérir une « sécurité primaire » (fondations solides qui permettent à la maison de résister aux intempéries). Cela va permettre aux adolescents de s'éloigner de leurs parents et d'aller vers les autres sans se sentir menacés. Par contre, des liens discontinus ou symbiotiques dans la petite enfance font créer des fragilités narcissiques. La problématique de l'adolescent (le lien à l'autre ou la sexualité) va raviver ses difficultés du passé.





Au vu de la fragilité identitaire à l'adolescence, l'expression «Je ne suis que ce que j'ai» prend tout son sens à cette période. Lorsqu'on n'est pas sûr de ce qu'on «est», il est plus facile de se définir par ce qu'on «a». C'est pour cette raison que les portables, les habits ou les chaussures sont importants pour les jeunes. Ils vont les utiliser pour se définir. Néanmoins, 2 aspects contradictoires sont importants : être comme les autres tout en étant différents. Cela s'illustre par exemple dans le fait d'avoir une marque de basket à la mode, tout en ayant un modèle qu'aucun autre jeune n'a dans le collège. De la même manière, prenons l'exemple d'un jeune qui écoute de la musique tout en se déplaçant dans la ville. Les passants entendent également cette musique. Cela permet à l'adolescent de s'identifier au style de musique qu'il aime. Sa musique agit pour lui comme une bulle de protection vis-à-vis de l'autre.



## 1) Les bouleversements de l'image du corps :

**Les changements corporels à l'adolescence vont induire un bouleversement de l'image du corps. La silhouette change pour l'adolescent (ressemblance au corps de l'adulte du même sexe) mais également pour ceux qui le regardent (regard des autres adolescents et des adultes de l'autre sexe). La sexualisation également induite par le regard va complexifier la relation aux autres. Lorsque le corps change, le psychisme doit intégrer ces modifications. Cela peut prendre du temps. Par exemple, les personnes qui perdent du poids de manière importante mettent parfois des années pour intégrer ce nouveau schéma corporel; ils se voient encore comme ils étaient avant.**

D'ailleurs pour A. Haim «l'adolescent est un peu comme un aveugle qui se meut dans un milieu, dont les dimensions ont changé». Le corps doit être considéré comme un repère spatial, c'est-à-dire comme un instrument de mesure. Si ce dernier change, les repères sont bouleversés et c'est pour cette raison que les adolescents se cognent dans les meubles ou les murs.

Ensuite, le corps est aussi un représentant symbolique, qui est pour l'adolescent un moyen d'expression de ses conflits internes et de ses modes de relations. Par exemple, la façon de s'habiller ou la coupe de cheveux sont des moyens pour exprimer «sa part masculine ou sa part féminine».

Enfin, le corps et le narcissisme sont liés. Les adolescents ont à certains moments un intérêt prépondérant pour leur corps. Ils peuvent passer du temps à se regarder dans la glace pour se rassurer ou avoir un intérêt exagéré pour une partie de leur corps. Ceci n'est pas inquiétant car c'est tout à fait normal. A l'inverse, le fait qu'un adolescent se désintéresse complètement de son corps, doit être considéré comme un indicateur de difficulté.



## 2) Le narcissisme

**Le narcissisme est nécessaire à l'adolescence, il permet aussi de se choisir soi-même en tant qu'objet d'intérêt, de respect et d'estime. Par exemple lorsqu'un jeune maltraite son corps, il laisse entrevoir à son entourage ses difficultés narcissiques. Ces conduites sont « non bruyantes » et par conséquent, sont souvent négligées par les adultes dont l'attention est accaparée par les conduites « bruyantes » (conflit verbal ou physique, dégradation, vol...). Malgré le fait que ces difficultés soient peu visibles, elles n'en sont pas moins importantes.**

Pendant l'adolescence, le narcissisme se modifie : généralement on constate une augmentation quantitative (préoccupation de soi, amour de soi et fantasme grandiose). Ceci est nécessaire parce que cela permet de s'autoriser à se voir aussi « fort » ou plus « fort » que ses parents. Un jeune qui aurait des difficultés narcissiques ne pourra donc pas s'imaginer être à la hauteur de ses parents et ne pourra donc pas entrer en conflit avec ses parents (étape nécessaire de l'autonomisation).

Voici par contre ce qui peut être « pathologique » :

- L'égoïsme : désintérêt important pour le monde extérieur.
- La mégalomanie : image de soi grandiose.

Un narcissisme exacerbé témoigne toujours de défaillances, c'est-à-dire de très grandes fragilités qui sont cachées en adoptant le comportement inverse.

## 3) L'accession à la sexualité génitale

**L'adolescence est une période de débordement émotionnel importante (poussée libidinale). La capacité orgasmique et reproductrice entraîne une explosion libidinale qui fragilise le socle identitaire de l'adolescent. Cette étape de vie reste en corrélation avec le développement dans la petite enfance et notamment avec le complexe d'Œdipe :**

Le complexe d'Œdipe structure à la fois le groupe familial et la société humaine. Dans la légende de Sophocle, il correspond à une attirance pour le parent de l'autre sexe et à des sentiments de haine ou de rivalité pour le parent du même sexe.

**Sa résolution permet :**

- d'acquiescer la différence des sexes (passage de l'avoir à l'être). Avant l'enfant se définit et identifie les autres en fonction du sexe qu'ils ont : « j'ai un zizi » (ou une zézette) ou « toi tu as un zizi » (ou une zézette). Après l'Œdipe, l'enfant utilise le verbe être : « je suis une fille », « tu es un garçon »... Là encore un parallèle peut être fait avec ce que nous avons évoqué précédemment sur la construction de l'identité à l'adolescence (utilisation de l'avoir pour se définir).
- d'intérioriser des interdits parentaux, c'est-à-dire la loi de l'interdit de l'inceste.

Cependant ce qui différencie la petite enfance de l'adolescence, c'est le passage du fantasme à une réalité possible sur le plan biologique mais interdite sur le plan de la règle morale. L'accès à une sexualité génitale va donc fragiliser l'adolescent puisqu'il va devoir en tenir compte pour la première fois dans ses rapports aux autres. L'adolescent va avoir recours à des mécanismes psychiques inconscients pour diminuer cet impact de la sexualité. Nous les développerons dans une partie suivante.



## 4) La construction de l'identité

L'adolescent va donc devoir faire l'expérience de séparation des personnes influentes de l'enfance, changer ses modes relationnels et choisir ses propres projets. C'est pour ces raisons qu'un travail de détachement de l'autorité parentale et des objets infantiles (tout ce qui fait référence à l'enfance : peluche, jouet, bonbon, dessin animé...) se met progressivement en place. Par moment, les adolescents se trouvent donc dans une impasse entre 2 mondes, c'est-à-dire entre le monde des enfants et celui des adultes. Ce positionnement n'est pas pathologique lorsqu'il est transitoire.

A l'inverse, lorsque ce n'est pas le cas, ce comportement prend alors un autre sens. Tony Anatrella emploie le terme « d'adulescent » pour évoquer « des adultes qui s'identifient aux adolescents pour vivre et d'autre part, des jeunes qui ne parviennent pas à renoncer aux hésitations de l'adolescence pour accéder à un autre âge de la vie. » Un cliché de l'adulescent est le héros éponyme du film Tanguy (2001). Non désireux de quitter son enfance, il aime par ailleurs tant ses parents que le confort que ceux-ci lui procurent. Ses parents usent de maintes ruses pour l'inciter à quitter le domicile familial. Dans les séries télévisées Friends , et How I Met Your Mother , les personnages sont des adulescents New-yorkais qui vont devoir faire face à la vie réelle avec l'aide de leurs amis. Ces derniers exemples montrent également la place importante qu'occupe le groupe des pairs dans la construction identitaire des adolescents.

## 5) Image de soi et groupe des pairs

L'image de soi commence avant même la conception et la naissance à travers les désirs des parents et leurs enfants imaginaires. Puis à travers le temps, l'enfant réel va décevoir ou satisfaire le désir d'enfant de ses parents.

A l'adolescence, pour être aimé, l'adolescent n'attend plus confirmation de ce qu'il doit être exclusivement auprès de ses parents, mais auprès des pairs. Pour sortir du cercle familial tout en se sentant en sécurité, il va faire comme les autres afin d'appartenir à cette nouvelle communauté. Cette intégration est importante car elle contribue à une bonne image de soi. D'ailleurs Boris Cyrulnik au sujet de ce comportement dit : « Tout est bon pour faire comme les autres ». En effet faire « comme eux » renforce de manière positive le sentiment d'appartenance à un groupe et renforce donc l'image de soi. C'est pour cette raison que B. Cyrulnik en parle comme « le meilleur tranquilisant naturel ».



*Lorsque les jeunes sont interrogés sur leurs motivations pour fumer la première cigarette, ils n'évoquent que très rarement le plaisir à consommer. Ils évoquent d'une part le renforcement de l'appartenance au groupe (je fais comme eux) et d'autre part la modification positive de la perception des autres sur eux (se vieillir). Cette étude montre la nécessité de prendre en compte dans les comportements addictifs l'expérience psychosociale de la substance ressentie par une personne. Dans cet exemple, l'expérimentation de la cigarette (et non la consommation) permet aux adolescents de grandir en toute sécurité. De la même manière pour Stanton Peele : « la dépendance n'est pas causée par un psychotrope [(la drogue)] ou par ses propriétés chimiques. [...] Ce à quoi nous devenons assujettis, c'est à l'expérience que nous fait vivre le psychotrope ». Pour approfondir ces notions vous pouvez vous référer aux travaux de Alain Morel et Jean Pierre Couteron. (cf. bibliographie).*



## Les modalités défensives à l'adolescence

À l'adolescence, sur le plan psychologique, les mécanismes défensifs permettent une certaine désexualisation des conflits, ce qui, comme nous l'avons vu précédemment, est tout à fait normal. Il existe des systèmes défensifs spécifiques à cet âge :

- **L'intellectualisation, c'est-à-dire l'attrait pour les théories philosophiques ou les idées pour reconstruire le monde. L'ascétisme, c'est-à-dire s'astreindre à des tâches ou des restrictions physiques comme :** un cross quotidien, ne pas se vêtir chaudement, refuser toute satisfaction ou plaisir corporel. De manière inconsciente, ces deux mécanismes permettent à l'adolescent de mieux contrôler les pulsions (ou désirs sexuels) tant au niveau de la pensée qu'au niveau du corps.
- **Le passage d'un extrême à l'autre (clivage) :** Par exemple, un adolescent veut sortir le soir, mais veut également être accompagné pour aller voir son médecin. Ce mécanisme se manifeste aussi dans une vision hostile et dangereuse du monde, par l'adhésion massive et sans nuance à une théorie ou encore par des choix irréalistes. Le but est de protéger l'adolescent de l'ambivalence du lien aux imagos parentaux et de la menace incestueuse (cf. fragilité identitaire et accès à la sexualité génitale dans les parties précédentes).
- **La mise en acte (l'agir ou les conduites à risques) :** elle est fréquente à cet âge, protège l'adolescent des conflits internes et de la souffrance psychique.

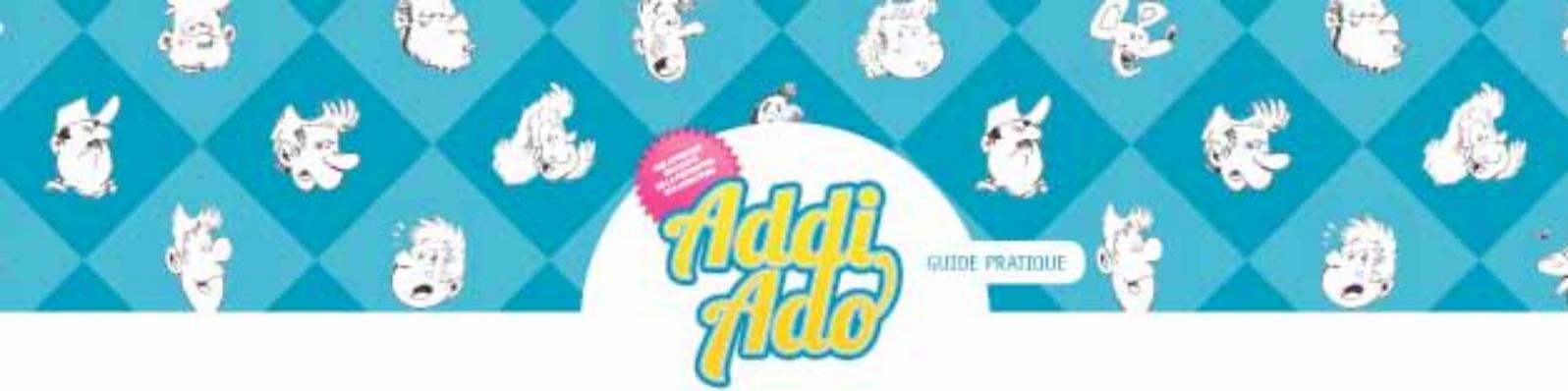
## L'agir

Les différents buts de l'agir :

- **L'agir comme stratégie interactive :** Lorsque la verbalisation est trop compliquée, l'acte peut être compris comme un appel à l'autre. Avec l'adulte, cela peut se manifester en le mettant en difficulté, en attirant son attention ou en bravant les interdits : tabac, cannabis, ivresse, vol, absentéisme scolaire... Avec ses pairs, cela permet à l'adolescent d'appartenir à un groupe (cf. lien avec l'estime de soi dans une partie précédente) : exploit sportif, courses de motos, actes délictueux... Nous pouvons faire également le lien avec l'importance des réseaux sociaux sur internet à cet âge.
- **L'agir comme mécanisme de défense :** En passant à l'acte, l'adolescent se donne un rôle actif qui contre-carre son vécu de passivité face au bouleversement subi (changements corporels). C'est dans ce sens que nous pouvons faire le lien avec les conduites auto-calmanes. Par exemple, contrairement à une idée reçue, le joueur pathologique (jeux d'argent) ne joue pas dans le but d'être riche ou d'avoir plus d'argent. Ce qui a un effet calmant, ce n'est pas le gain, mais l'excitation liée au gain potentiel. C'est la recherche de sensation (par exemple : « pour être dans ma bulle ») qui est au centre de la conduite de dépendance.
- **L'agir comme entrave de la mentalisation :** L'agir peut être utilisé pour éviter de ressentir. C'est une fuite vis à vis de l'affect ou de la pensée. Ici l'agir s'oppose à la prise de conscience.
- **Le refus d'agir :** P. Jeammet, inertie active. Mieux vaut ne rien désirer que de désirer sans réalisation immédiate.

### Fonction de l'agir à l'adolescence

À l'adolescence, comme le psychisme n'est pas encore suffisamment mature, l'agir permet de projeter sur le monde extérieur ses conflits internes. C'est une mise à distance qui permet la maîtrise, puisque la réalité extérieure devient le théâtre de la réalité psychique.



*Nous pouvons nous référer à cet égard aux travaux de Pascal Hachet qui met en lien l'expérimentation du cannabis et la sensorialité qui en découle, avec un apprivoisement de la sexualité génitale. Il note que l'usage récréatif de cannabis permet de parler sans honte des premières expériences sexuelles et que le plaisir procuré par le cannabis peut être maîtrisé à l'instar du plaisir ressenti lors des premières expériences amoureuses (choix du partenaire, niveau de satisfaction ressenti en fonction de ses attentes, incertitudes et fébrilités des premières expériences...)*

L'agir permet également de tester ses limites et celles des autres, ce qui favorise la construction de l'identité. Il aide également les adolescents à trouver leur place dans un groupe. Le risque sert à dépasser les limites afin de les réintégrer par la suite.

Ces exemples nous montrent que la prise de risque fait partie de la vie. D'ailleurs, Winnicott pense que «grandir est par nature un acte agressif». Cette prise de risque existe dans la petite enfance. Lorsqu'un enfant fait l'apprentissage de la marche, ses parents vont d'abord l'aider en lui tenant les deux mains. Lorsqu'il aura acquis suffisamment de stabilité, pour devenir autonome, il va prendre le risque de lâcher la main des adultes pour s'aider dans un premier temps des objets qui l'entourent. Puis il va finalement, après quelques chutes obligatoires, être autonome pour la marche. Cet exemple nous montre que pour grandir (au sens large du terme) il faut accepter une certaine part de risque.

Néanmoins, cela ne signifie pas pour autant que toutes les prises de risques ont une valeur positive. Nous allons nous attacher dans le point suivant à différencier ce qui peut être lié à la maturation de ce qui peut être considéré comme pathologique.





## Les conduites à risques

### Définition :

**La prise de risque relève avant tout d'une confrontation active et volontaire du sujet, à l'inconnu et à l'aléatoire. Le risque est porteur d'une valeur ambivalente : il peut être mortifère en cas de ratage et au contraire être structurant (renforce de l'estime de soi) en cas de succès.**

Le film *La Fureur de vivre* avec James Dean illustre bien cette ambivalence. Dans ce film, les jeunes se regroupent et assistent à ce qu'on appelle aujourd'hui une battle : 2 jeunes montent chacun dans une voiture et roulent vers un ravin. Le dernier à descendre de sa voiture gagne. Le personnage principal du film participe à ce jeu et remporte la victoire. Il va être alors considéré par ses pairs comme un héros, il est d'ailleurs porté en triomphe. Dans ce cas, la prise de risques a une valeur positive puisqu'elle favorise l'appartenance à un groupe et qu'elle renforce également l'estime de soi ; d'où l'importance à ce que l'acte ait lieu devant les autres. Cependant, plus tard dans le film une autre battle n'aura pas la même destinée. Un des participants n'arrivera pas à sortir de la voiture et se tuera.

### Société et conduites à risques :

Notre société contemporaine entretient un rapport ambivalent vis à vis du risque. D'un côté elle met en exergue les sports extrêmes, le sport de haut niveau, les exploits individuels. Elle glorifie ces nouveaux aventuriers et la devise « toujours plus vite, toujours plus haut toujours plus fort ». D'un autre côté la société souhaite le risque zéro, met en place le principe de précaution, « chacun essaye de se couvrir au cas où », elle donne l'illusion de tout maîtriser. Pour avoir quelques repères, il est intéressant de s'attarder sur l'étude suivante :

*Le risque, une affaire de point de vue? (univ du Michigan, 2006) :*

**On a distribué à un échantillon aléatoire de 2 399 internautes le scénario suivant : une nouvelle grippe asiatique se déclare, elle est mortelle dans 10% des cas. On dispose d'un vaccin fabriqué à partir d'une forme atténuée du virus, mais le vaccin n'est pas sans risque, puisqu'il entraîne des complications mortelles dans 5% des cas. Que faites-vous ?**

- L'échantillon est divisé en 4 groupes avec des rôles différents donnés à chaque internaute : vous-mêmes, parents, un médecin de ville, un directeur d'hôpital.

48% se font vacciner, 57% vaccinent leurs enfants, 63% de ceux qui jouent un médecin administrent le vaccin à leurs patients, 73% de ceux qui jouent un directeur d'hôpital demandent la vaccination générale de tous les patients de l'hôpital. **La décision d'arbitrage entre deux risques est influencée par le rôle : lorsqu'on est décideur, il est plus facile de voir large.**

### Adolescence et conduites à risques :

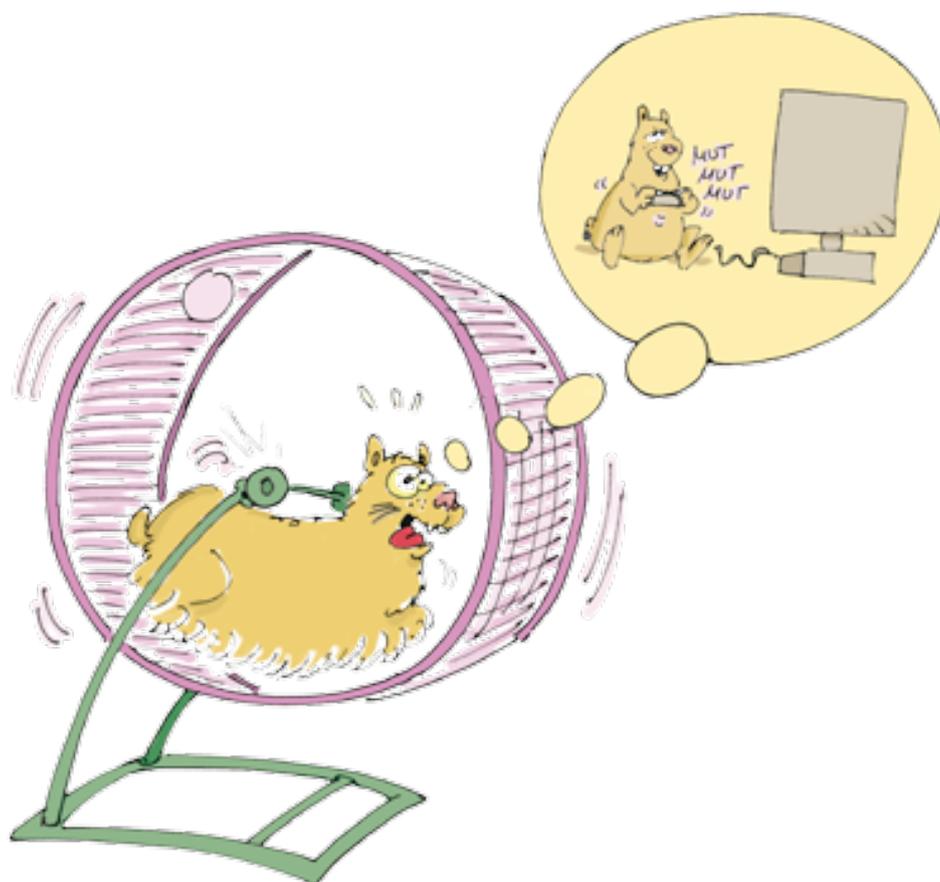
Comme nous venons de le voir, il n'y a pas d'adolescent sans risques (recherche de sensation). Déjà in utero et après la naissance, l'enfant baigne dans un bain sensoriel. C'est pour lui l'occasion d'une première différenciation du monde en utilisant toutes les informations données par les sens : sur le plan moteur, auditif et olfactif. Cela lui permet par exemple de différencier le masculin du féminin. Dans la petite enfance le domaine du relationnel est apaisé. A l'inverse à l'adolescence, la sexualisation provoque un changement relationnel (éloignement du corps des parents, regards différents...) De fait, exprimer des émotions dans un cadre relationnel devient difficile. L'intensité des sensations vient faire écran à l'émotionnel et cela se manifeste par exemple en s'enfermant dans la musique, dans la vitesse, le jeu, dans les produits... (cf. travaux de Pascal Hachet) Les jeunes qui écoutent de la musique dans la rue avec leur MP3 ou leur téléphone portable se créent comme une bulle de protection face au monde extérieur. Les expressions employées par les jeunes témoignent également de cette intensité des sensations : « ça claque », « ça pète », « on se déchire » ...



Comme nous l'avons vu dans les exemples précédents, même si la prise de risques est un défi à l'égard de soi-même, elle doit avoir lieu sous le regard d'autrui, pour répondre aux enjeux intimes.

Les conduites à risques sont plus prégnantes lorsque les possibilités d'agir sur son environnement apparaissent restreintes ou inaccessibles : dans ce cas, s'adapter, se confronter, expérimenter n'est pas possible. Il existe 3 sphères de vulnérabilité : le social (précarisation de territoires, fragilisation des instances de socialisation, discriminations ethniques, conflit de culture), le familial (les relations familiales, les rapports hommes / femmes, les violences) et l'intime (la personnalité, les affects dépressifs, la régulation des tensions émotionnelles).

*Dans le champ de l'addictologie un constat similaire a été mis en avant par Fouquet en Alcoologie et par Olivenstein en toxicomanie. Pour ces auteurs les consommations de produits dépendent de la rencontre entre un individu, un contexte et une drogue. Les travaux de Stanton Peel illustrent bien ce principe. Il reprend les expériences qui permettent de tester le potentiel addictif d'un produit. En fait, pour cela on met un rat dans une cage et on compte le nombre de fois où le rat appuie sur une pédale et s'administre donc la drogue. Cet auteur émet la critique suivante : lorsqu'un rat n'a qu'une seule chose à faire dans une cage, il a tendance à la répéter. Stanton Peel a réalisé de nouvelles expériences avec des produits très addictogènes (héroïne, cocaïne) mais en modifiant la cage (beaucoup plus spacieuse, des zones d'exploration et d'activité...). Cette étude montre qu'en modifiant de manière positive l'environnement de vie du rat, le nombre d'appuis sur la pédale diminue. Cela signifie que la question des drogues et des conduites à risques ne concerne pas que les alcooliques, les toxicomanes ou les centres de soin mais que cela concerne l'ensemble des acteurs de la société : l'école, la MJC, le tissu associatif de la ville, la municipalité, les entreprises...*





### Société et adolescence :

**Il est intéressant de s'arrêter quelques instants sur le lien entre société et adolescence. Une question se pose :** notre société ne surinvestit-elle pas la période de l'adolescence? Il semble que notre société mette en avant les valeurs du monde des adolescents, comme si la période de l'adolescence était idéalisée et convoitée. La « télé-réalité » en est un révélateur, les investissements narcissiques sont privilégiés (image que l'on donne aux autres, paraître...). Ce qui compte ce n'est plus d'être reconnu pour une compétence mais d'être connu et célèbre.

Certains adultes deviennent donc des adolescents prolongés qui barrent et confisquent l'accès au monde de l'adolescence aux « vrais » adolescents et par conséquent, au monde adulte. Ces bouleversements de la place de chacun s'illustrent notamment dans la sexualisation des habits des enfants.

### Risque et angoisse :

**La situation à risques peut être considérée comme une situation expérimentale de l'angoisse, c'est la suite du jeu chez l'enfant. Prenons l'exemple du vide :** faire voler un enfant; jouer à laisser tomber brusquement un enfant en ouvrant les genoux ou les bras; le suspendre par les pieds; la tête en bas. Très tôt l'enfant est exposé au risque du vide. Dans ces jeux, les cris de l'enfant expriment à la fois la joie et la terreur. C'est un mélange d'émotions si exquis qu'il appelle ou même qu'il exige la répétition du jeu.

Par ce jeu, l'enfant exprime, grâce à son entourage, ce qui se passe pour lui au niveau psychologique, à savoir la construction des socles de sa personnalité. Cette expérience est une mise en scène de la vie psychique interne sur le monde extérieur : Est-ce que mon père ou ma mère va là où je l'attends, ou vais-je tomber dans le vide? Par ce jeu, l'enfant fait l'expérience dans un cadre sécurisant de l'angoisse de séparation.

A l'adolescence les jeux autour de l'angoisse de séparation prennent d'autres formes comme le saut à l'élastique par exemple. Nous avons vu dans une partie précédente (cf. les bouleversements psychologiques) que l'adolescence devait être mise en perspective avec les relations dans la petite enfance. Différents auteurs ont travaillé sur la symbolique du saut à l'élastique et notamment sur le lien avec la naissance. Horstmann pointe le parallèle entre l'élastique et le cordon ombilical et le cri lors du saut et celui de la naissance. Charlène Gourguechon a étudié le saut du Gol sur l'île de Pentecôte au Vanuatu. Ce rituel de fertilisation de la terre est issu d'une légende locale, et est une métaphore de la naissance. D'ailleurs, la tour d'où sautent les hommes est en lien avec le corps puisqu'elle s'appelle « Tarebegol » ce qui signifie « le corps tout entier ». La vidéo de ce rituel met en avant à la fois la prise de risque de ses hommes puisque leur tête doit toucher le sol pour symboliser la fertilisation et à la fois l'importance des aspects psycho-sociaux de cette conduite, notamment la fonction étayante du groupe (musique, portage immédiat du sauteur...). (cf. vidéo)

Néanmoins, face à ces conduites à risques il est important d'avoir des repères pour différencier les conduites à risques dans une logique d'expérimentation, des conduites à risques dont le but est l'excès. Cette dernière nécessite une orientation vers un professionnel afin de proposer une aide aux adolescents concernés.

### La conduite à risques comme recherche d'expérimentations et / ou de limites (« normal »)

- Nécessaire à l'adolescence : c'est une manière de s'éprouver, de se connaître et d'apprendre les codes sociaux;
- Dans ce cas le risque n'est pas recherché pour lui-même, c'est une composante de la conduite;
- Pas de répétition importante car la prise de risque garde une fonction rituelle et initiatique;
- Logique de vie et d'espoir puisque c'est le symbole de l'entrée dans la vie adulte.

### Les conduites à risques comme recherche de l'excès (« pathologique »)

- Ici le but est d'aller jusqu'au bout, le risque est recherché pour lui-même;
- Répétition importante et escalade de la conduite;



- Les conduites ordaliques : anciennement, l'ordalie était une épreuve subie par l'intermédiaire des éléments naturels (l'eau, le feu...). Elle devait conduire le sujet à la mort ou non. L'issue de cette épreuve avait valeur de jugement divin. En fait, pour éviter les vengeances dans le cadre d'un contentieux, les anciens donnaient soit une composition (amende versée à la victime) ou ils choisissaient d'aller à l'ordalie. Etymologiquement, l'ordalie est « sans partage », c'est à dire sans compromis (en opposition à la compensation). Contrairement aux apparences, les conduites ordaliques ne sont pas une tentative de suicide ; le but est de se sentir vivant à travers un jeu symbolique qui procure des sensations intenses.

Pour illustrer ce comportement, prenons l'exemple d'une personne qui roule en voiture. Elle va rouler vite et prendre d'abord un virage à 90 Km/heure. Ce défi à l'égard de la mort, va provoquer, une fois le virage passé sans encombre, des sensations intenses qui rappellent à la personne qu'elle est vivante et que la vie vaut la peine qu'on s'y attache. Cet acte apporte un sentiment d'apaisement, mais ce dernier est temporaire et provoque donc la répétition du comportement. Les jours suivants la personne prendra le virage à 100 Km/h, puis 110 Km/h et ainsi de suite allant parfois jusqu'à l'accident.

Lorsqu'on évoque les conduites à risques, cela nous renvoie spontanément aux héros ou aux aventuriers modernes (les navigateurs ou les alpinistes). Cependant, ce qui différencie « les héros » des « patients » c'est que ces derniers redoutent la confrontation à un risque ordinaire. Pour André Missenard, c'est celui de la relation à soi, à l'autre, avec ou sans traces corporelles.

Pour terminer, il faut également considérer la période de l'adolescence comme la dernière chance donnée à une personne pour retravailler sur le plan psychologique ses blessures du passé. Ceci permettra à ces difficultés de ne pas s'enkyster à l'âge adulte. D'ailleurs pour Winnicott, « le temps reste un facteur thérapeutique essentiel ».

### Pour approfondir ses connaissances :

- **Anatrela.** Tony, *Les adolescents*, revue *Etudes*, 2003/7, tome 399, p. 37 à 47, édition SER. (article disponible sur [www.cairn.info/revue-etudes-2003-7-pages-37.htm](http://www.cairn.info/revue-etudes-2003-7-pages-37.htm))
- **Difficile adolescence, guide pour les parents, enseignants et éducateurs, signes et symptômes de mal-être, Phare enfants-parents**, 2002.
- **Gonzales. Jean-Pierre, L'adolescence : une manière de se défaire tout en se faisant**, In *divan familial*, 2001, n°6.
- **Hachet.** Pascal, *Usage de cannabis à l'adolescence et sensorialité*, in *Perspectives Psy*, 2002, vol 41 n°4, p. 286-289.
- **Morel. Alain, Couteron Jean-Pierre (2008)**, *Les conduites Addictives, Comprendre, prévenir, soigner*, Dunod.
- **Peel. Stanton (1982)**, *L'expérience de l'assuétude*, Montréal, Presse universitaire de Montréal.

### Les documents vidéo :

- **Adolescence, un questionnaire permanent.** Ines Dedenon, psychiatre au CMP de Montargis (1h19)
- **L'adolescence et les conduites à risques.** Dijon santé Côte d'Or. Docteur Guillaume, pédopsychiatre à Nevers. (4min30)
- **Les conduites à risques à l'adolescence.** Dunod. Robert Courtois. (6min50)
- **Le saut du Gol.** Présentation par une vidéo amateur de ce rituel. Les images sont impressionnantes ( 2min30 )

# La santé humaine les compétences psycho-sociales

Par Virginie Monney / Françoise Janier.

## ■ 1/ LA SANTÉ HUMAINE ET SES DIFFÉRENTES COMPOSANTES

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

Cette définition est celle du préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence Internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats, et entré en vigueur le 7 avril 1948. Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946, présentant la santé comme un concept dynamique positif.

L'OMS fait référence à la notion de bien-être pour définir la santé. Le bien-être, selon l'OMS, peut être considéré comme la satisfaction des besoins et l'accomplissement des capacités physiques, intellectuelles et spirituelles.

Ainsi, pour être en « bonne santé », les besoins fondamentaux doivent être satisfaits.

Il s'agit, par exemple, des besoins :

- **Nutritionnels** : pouvoir manger et boire en quantité suffisante.
- **Sanitaires** : propreté et hygiène.
- **Éducatifs** : instruction et éducation en lien avec notre culture.
- **Sociaux** : être en phase dans la société dans laquelle on vit.
- **Affectifs**.

Pour Abraham Maslow, l'être humain est un tout présentant des aspects physiologiques, psychologiques, sociologiques et spirituels. Il a ainsi déterminé une hiérarchie des besoins, classés en cinq grandes catégories, connue sous le nom de « Pyramide de Maslow ».

- **Besoins de réalisation de soi**, de dépassement.
- **Besoins d'estime** (reconnaissance, sentiment d'être utile).
- **Besoins sociaux** (d'amour, d'appartenance).
- **Besoins de protection et de sécurité**.
- **Besoins physiologiques**, de maintien de la vie.

Il considère que l'individu ne peut passer à un besoin d'ordre supérieur que quand le besoin de niveau immédiatement inférieur est satisfait.

### 1.1 LES DIMENSIONS DE LA SANTÉ

**L'être humain est un être :**

- **Biologique** (biologique, physiologique, vivant, dynamique, unique).
- **Social** (en interaction constante avec d'autres individus, situé dans le temps et dans l'espace, dépendant de son environnement et agissant sur l'environnement).
- **D'émotions** (émotions, sensations, intentions) et de connaissances (connaissance, rationalité, réflexions).
- **La santé** s'exprime et s'exerce donc dans chacune de ces dimensions, biologique, sociale et psychologique. Mais la notion de santé varie également selon le moment, la façon dont l'individu se perçoit et s'analyse (la perspective). La notion de santé dépend aussi des groupes d'appartenances, de la société et de la culture de l'individu. Par exemple, la notion de santé n'est pas la même dans les pays en voie de développement et dans les pays développés.



## 1.2 LE CONCEPT DE SANTÉ PUBLIQUE

Aujourd'hui, le concept de santé publique regroupe toutes ces notions et s'appuie sur différentes disciplines (savoir individuel et collectif, sciences humaines, sciences biomédicales).

### BREF HISTORIQUE

L'apparition et l'instauration de la santé publique, en France, se font progressivement au fur et à mesure que les préoccupations à l'égard de la santé grandissent.

**AU MOYEN ÂGE :** C'est la période de mise en place des hôpitaux. L'hôpital a pour mission de recueillir les pauvres. L'Hôtel-Dieu est un endroit où l'on prend soin de l'indigent pour l'amour de Dieu. C'est avant tout un lieu consacré aux âmes.

**18<sup>ÈME</sup> SIÈCLE :** La prévention des maladies épidémiques a été la première préoccupation de santé publique. En 1776 : premier recueil de données topographiques médicales.

**19<sup>ÈME</sup> SIÈCLE :** le courant hygiéniste : Bien que le développement de la clinique soit majeur au 19<sup>e</sup> siècle, des responsables sanitaires et des médecins se questionnent sur les liens entre maladies et conditions sociales. Cette supposée causalité permettra l'amorce de politiques sociales. C'est la naissance du courant hygiéniste qui réussit à pénétrer le Comité consultatif d'hygiène publique et quelques instances décisionnaires. Les hygiénistes cherchent à encadrer la vie sociale (exemple de la lutte contre la tuberculose), mettent aussi l'accent sur la responsabilité individuelle et luttent contre les foyers de contagion (rénovation urbaine).

**EN 1902 :** territorialisation des politiques de santé et affirmation du concept de santé publique. La charte de l'hygiène publique instaure une réglementation et une organisation sanitaire au niveau départemental et communal (obligation de la vaccination contre la variole, déclaration des maladies infectieuses, désinfection des locaux, surveillance des sources d'eau potable...).

**20<sup>ÈME</sup> SIÈCLE (PREMIÈRE MOITIÉ) :** multiplicité des préoccupations sociales et sanitaires (lutte contre la tuberculose, hygiène alimentaire, hygiène des lieux de travail, prophylaxie des maladies infectieuses...).

### PRÉAMBULE DE LA CONSTITUTION DU 27 OCTOBRE 1946 (TOUJOURS EN VIGUEUR AUJOURD'HUI) :

« La nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et au vieux travailleur, la protection de la santé, de la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain, qui en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables à l'existence. »

### La protection de la santé de tous devient un devoir de l'État.

**LOI DU 04 MARS 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Loi Kouchner).

**LOI DU 09 AOÛT 2004** relative à la politique de santé publique.





# Addi Aido

GUIDE PRATIQUE

## DÉFINITIONS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La santé publique prend en compte les dimensions d'organisation administrative, politique et économique. La santé publique aborde l'organisation de la santé pour une collectivité, une population à un niveau individuel et à un niveau collectif.

### L'OMS, en 1952, en donne la définition suivante :

*« La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à :*

*assainir le milieu ; lutter contre les maladies ; enseigner les règles d'hygiène personnelle ; organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies ; mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé ».*

La santé publique est aujourd'hui une discipline autonome qui s'occupe de l'état sanitaire d'une collectivité, de la santé globale des populations sous tous ces aspects : curatif, préventif, éducatif et social. La santé publique peut être aussi considérée comme une institution sociale, une discipline et une pratique.

Son champ d'action est vaste couvre tous les efforts sociaux, politiques, organisationnels qui sont destinés à améliorer la santé de groupes ou de populations entières. Ceci inclut toutes les approches organisées, tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie, de réadaptation ou de soins orientés en ce sens.

## QU'EST CE QU'UNE DÉMARCHE DE SANTÉ PUBLIQUE

La santé publique fait appel à un ensemble de disciplines variées et complémentaires : la médecine épidémiologique, sociale et économique, et intègre diverses notions telles que l'environnement, l'histoire, la culture.

Elle concerne toutes les dimensions de soins : préventive, curative, éducative, et de réhabilitation.

Une politique de santé publique est l'ensemble des choix stratégiques des pouvoirs publics pour choisir les champs d'intervention, les objectifs généraux à atteindre et les moyens qui seront engagés. Elle correspond au terme anglais « Politics ». Il s'agit de maintenir ou d'améliorer l'état de santé d'une population.

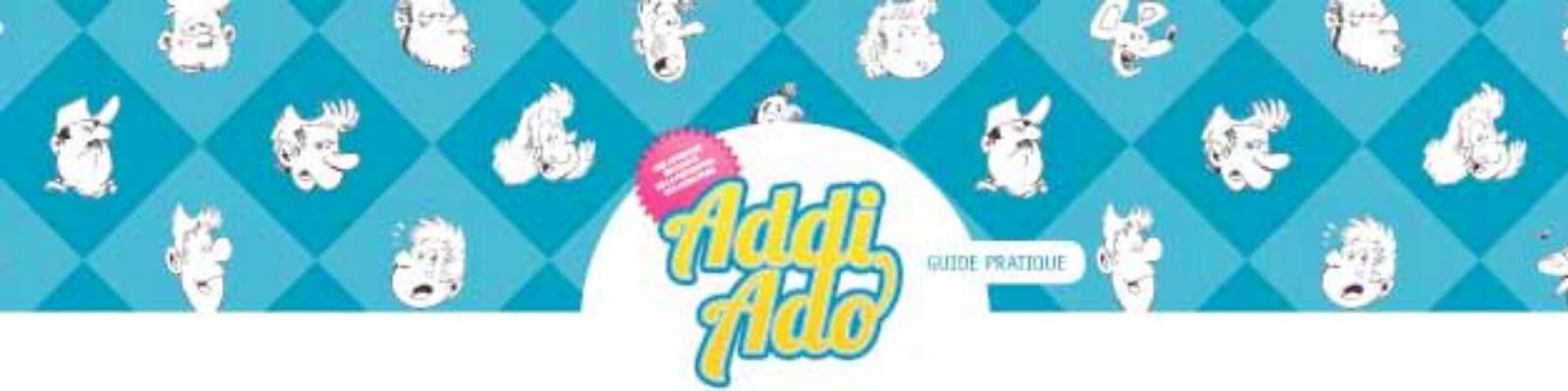
Un plan de santé publique est un ensemble de dispositions arrêtées en vue de l'exécution d'un projet et comporte une série de programmes d'actions. Il opère des choix stratégiques en retenant certains types d'intervention plutôt que d'autres, et fixe les priorités de son action en les hiérarchisant. Il correspond au terme anglais « Policy ».

Un programme de santé publique est un ensemble cohérent d'actions pour atteindre des objectifs précis (ex : programme tuberculose).

Une action de santé publique est la composante opérationnelle d'un programme ; elle s'inscrit dans les objectifs du programme en définissant un mode d'intervention particulier.

## 1.3. LA NOTION DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE (SSP)

**L'OMS via la Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma Ata en 1978 a souligné la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde.**



**DÉFINITION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE**

Les SSP sont des soins essentiels (curatifs, préventifs et promotionnels) reposant sur des méthodes, des techniques et des pratiques scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous avec la pleine participation de la communauté et à coût supportable par le pays.

Les SSP représentent le premier contact des individus avec le système national de santé.

Les SSP font intervenir le secteur de santé et les secteurs connexes de développement national et communautaire (agriculture, élevage, production alimentaire, industrie, éducation, logement, travaux publics et communications) et font appel aux personnels de santé.

Les SSP sont des actions de santé indispensables à la continuité de la vie quotidienne.

**Promotion des soins de santé primaire**

« Les SSP comprennent au minimum une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent, ainsi que des méthodes de détection, de prévention et de lutte qui leur sont applicables :

- La promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles;
- Un approvisionnement suffisant en eau saine;
- La protection maternelle et infantile et la planification familiale;
- La vaccination contre les maladies infectieuses;
- La prévention et le contrôle des endémies locales;
- Le traitement des maladies et lésions courantes;
- La promotion de la santé mentale;
- La fourniture des médicaments essentiels. »



### *Bases des soins de santé primaire*

« Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ».

### *Chronologie des soins de santé primaires :*

- **La famille** : il incombe aux responsables de la famille de prendre en charge la santé de la famille.
- **Ensuite toute la communauté intervient.**
- **Les services de santé mettent en place des démarches de soins.**

Les SSP sont des services proches de la population. La promotion et protection de la santé en sont les orientations prioritaires. La prévention est donc essentielle et doit l'emporter sur le curatif.

### **1.4. LA NOTION DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE**

**La priorité de la santé communautaire est la promotion de la santé.**

#### **DÉFINITION DE LA COMMUNAUTÉ**

Une communauté est une collectivité, un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociale. Les membres du groupe ont des intérêts communs et partagent des principes, ce qui suppose des liens étroits; ces principes sont acceptés par chacun et reconnus comme tels par tous.

La communauté se définit par rapport à un lien social, de travail ou de lieu.

#### **QU'EST CE QUE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE ?**

La santé communautaire nécessite la participation des membres de la communauté à la gestion de leur santé individuelle et collective. Il y a une notion

d'engagement de chaque individu. La participation de la communauté est recherchée à tous les niveaux de l'action, c'est à dire :

- Analyser la situation sanitaire de la communauté.
- Identifier le problème, choisir les priorités.
- Définir les objectifs et activités, mobiliser les ressources pour améliorer la situation.
- Organiser et conduire l'action.
- Évaluer l'action.

Les usagers, les acteurs, les politiques, les différents partenaires etc... doivent être associés dans une action de santé communautaire. Les phases de concertation et de diagnostic partagé sont essentielles car elles impliquent des rencontres d'où découlent l'analyse et la mise en évidence des priorités.

La démarche participative est importante en santé communautaire. Les savoirs des destinataires de l'action sont primordiaux. L'action communautaire se construit dans l'échange et implique un transfert de compétences du professionnel vers le destinataire de l'action, et inversement. Les professionnels sont des personnes ressources et mettent leurs compétences au service de la communauté.

### **1.5. LES SCIENCES HUMAINES ET LA SANTÉ**

Que ce soit en santé publique ou en santé communautaire, l'apport d'autres disciplines, particulièrement en sciences humaines, est utile. Chaque discipline a un regard différent sur le problème étudié mais ces visions sont complémentaires. Ce ne sont pas des disciplines de santé : anthropologie, sociologie, psychologie, psychologie sociale.

Les apports d'autres disciplines des sciences humaines comme la démographie, l'histoire, la géographie, l'économie, la linguistique sont également nécessaires à une meilleure promotion de la santé.



## 2. LES COMPÉTENCES PSYCHO-SOCIALES

**En participant à ce jeu éducatif, les préadolescents et adolescents ont l'occasion de développer des compétences psychosociales tout en s'interrogeant sur leurs représentations.**

Les animateurs inscrivent ainsi leur action dans une démarche de promotion de la santé (Jourdan 2010, Downie et Tannahill, 1996).

A travers cet outil pédagogique, les compétences psychosociales visées rejoignent celles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définies en 1993 :

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

*«Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social. Plus particulièrement quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et quand le comportement est lié à une incapacité 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, 1993).*



**Ces dix compétences psychosociales (ou aptitudes essentielles), ayant une valeur transculturelle, sont présentées par couple :**

***Savoir résoudre les problèmes  
Savoir prendre des décisions.***

« Apprendre à résoudre les problèmes nous aide à faire face à ceux que nous rencontrons inévitablement tout au long de notre vie. Des problèmes personnels importants, laissés sans solution, peuvent à la longue maintenir un stress mental et entraîner une fatigue physique [...]. »

Apprendre à prendre des décisions nous aide à les prendre de façon constructive. Cela peut avoir des conséquences favorables sur la santé, si les décisions sont prises de façon active, en évaluant les différentes options et les effets de chacune d'entre-elles. »

Les programmes réalisés consistent souvent à inviter les personnes concernées à identifier les situations stressantes pour eux, à prendre conscience de leurs réactions physiques et émotionnelles et à trouver les étapes nécessaires à une résolution de problème idéal. Certains programmes proposent même un « entraînement » à la résolution de problème en suivant une stratégie en six étapes :

- Se calmer, réfléchir avant d'agir.
- Exprimer le problème et ce qui est ressenti.
- Choisir un but positif.
- Imaginer toutes les solutions possibles.
- Évaluer les conséquences.
- Essayer le meilleur plan.

***Avoir une pensée créatrice  
Avoir une pensée critique.***

« La pensée créative contribue à la fois à la prise de décision et à la résolution de problèmes en nous permettant d'explorer les alternatives possibles et les diverses conséquences de nos actions ou de notre refus d'action. Cela nous aide à regarder au delà de nos propres expériences. [...] La pensée créative peut nous aider à répondre de façon adaptative et avec souplesse aux situations de la vie quotidienne. »

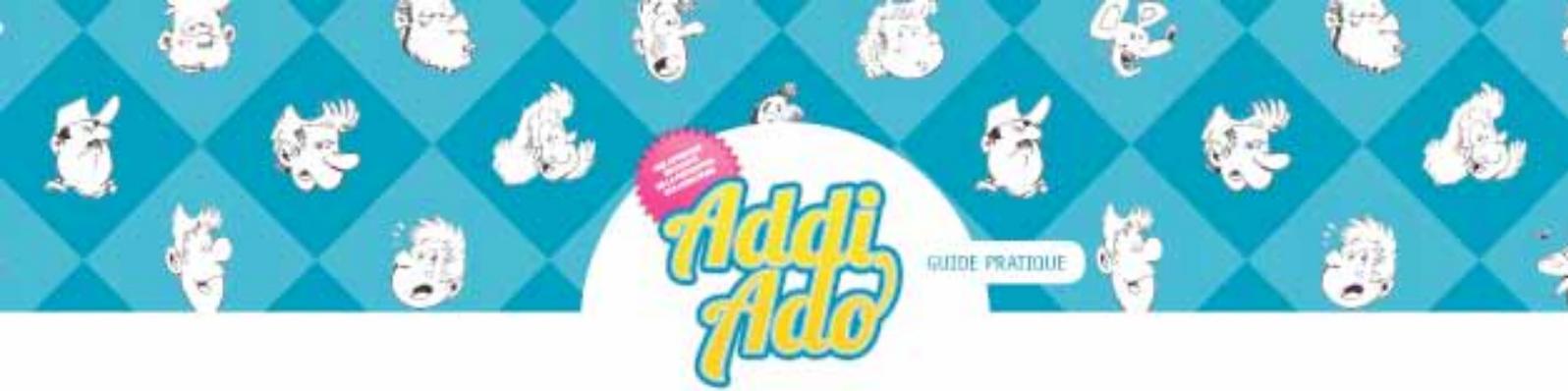
La pensée (ou l'esprit) critique est la capacité à analyser les informations et les expériences de façon objective. Elle peut contribuer à la santé en nous aidant à reconnaître et à évaluer les facteurs qui influencent nos attitudes et nos comportements, comme les médias et les pressions de nos pairs. »

***Savoir communiquer efficacement  
Être habile dans les relations  
interpersonnelles.***

« La communication efficace signifie que nous soyons capables de nous exprimer à la fois verbalement, de façon appropriée à notre culture et aux situations. Cela peut signifier être capable d'exprimer nos désirs à propos d'une action dans laquelle on nous demande de nous impliquer. Cela peut également signifier être capable de demander des conseils quand cela s'avère nécessaire. Les aptitudes relationnelles nous aident à établir des rapports de façon positive avec les gens que nous côtoyons. Cela signifie être capable de lier et de conserver des relations amicales, ce qui peut être d'une grande importance pour notre bien-être social et mental. Cela signifie également garder de bonnes relations avec les membres de notre famille, source importante de soutien social. Il s'agit aussi de savoir interrompre des relations d'une manière constructive. »

Les programmes développent souvent leurs travaux autour de l'assertivité (affirmation de soi) et la résistance aux pressions et à la persuasion.

Comme pour la recherche de solutions précédemment citée, certains programmes ont établi des listes de stratégies utilisées pour persuader quelqu'un, et les actions possibles pour résister aux influences ou aux pressions. Les programmes proposent aux bénéficiaires d'en prendre conscience et de savoir comment se situer par rapport à la gestion des relations interpersonnelles. Par ailleurs, ces programmes vont aider les individus à savoir disposer d'une aide quand cela est nécessaire, que ce soit sur le plan affectif, informatif ou économique. Le réseau social sera identifié pour chaque personne.



## ***Avoir conscience de soi Avoir de l'empathie pour les autres.***

*«Avoir conscience de soi-même, c'est connaître son propre caractère, ses forces et ses faiblesses, ses désirs et ses aversions. Cela nous aide à reconnaître les situations dans lesquelles nous sommes stressés ou sous pression. C'est indispensable aussi pour établir une communication efficace, des relations interpersonnelles constructives et pour développer notre sens du partage d'opinions avec les autres.*

*Avoir de l'empathie pour les autres signifie qu'il s'agit d'imaginer ce que la vie peut être pour une autre personne même, dans une situation familière. Cela peut nous aider à accepter les autres qui sont différents de nous et à améliorer nos relations sociales, par exemple dans le cas de diversité ethnique. [...]»*

### **Deux éléments de travail dominant dans les programmes qui traitent de cette problématique :**

La croyance en son efficacité personnelle, suivant les travaux de A. Bandura, qui a développé la théorie que le sentiment d'être efficace est prédictif de la persévérance et finalement du succès face à une situation. Il s'agira donc de donner au bénéficiaire des programmes le temps d'élaborer son rapport à soi notamment en lui donnant les moyens de se percevoir comme un être unique, de découvrir ses points forts, ses points faibles et ses

aptitudes, enfin, de renforcer sa confiance en lui en reconnaissant ce qu'il est capable de faire.

La conviction intime que l'autre, même différent, a aussi des sentiments. Les séances proposées sur ce thème relèvent le plus souvent des techniques de négociation ou l'on va apprendre à défendre son opinion tout autant que l'on accepte d'entendre celle de l'autre. La valeur sous-jacente est la tolérance.

## ***Savoir gérer son stress Savoir gérer ses émotions.***

*«Faire face à son stress suppose d'en reconnaître les sources et les effets et de savoir en contrôler le niveau. Nous pouvons alors agir de façon à réduire les sources de stress, par exemple, en modifiant notre environnement physique ou notre style de vie. Nous pouvons également apprendre à nous relaxer pour que les tensions créées par un stress inévitable ne donnent pas naissance à des problèmes de santé.*

*Pour faire face aux émotions, il faut savoir reconnaître les siennes et celles des autres. Il faut être conscient de leur influence sur les comportements et savoir quelles réactions adopter. Les émotions intenses comme la colère ou la tristesse peuvent avoir des effets négatifs sur notre santé si nous ne réagissons pas de façon appropriée.»*

### **Ce qu'il est bon à savoir !**



**LE JEU PÉDAGOGIQUE «ADDI-ADO : une approche éducative de la prévention des addictions»** permettra aux jeunes de développer la capacité à prendre du recul par rapport aux diverses représentations issues de leur environnement proche sur les addictions.

- Il leur donnera la possibilité de reconnaître les situations auxquelles ils peuvent être confrontés, de les problématiser, de les analyser de manière objective, d'envisager des solutions en groupe, et de les aider à la prise de décisions.
- Le débat mené dans le cadre de l'utilisation s'instaure dans le respect d'autrui, de l'écoute, et de confrontation des idées (voir fiche sur les règles d'animation).
- On rejoint ainsi les compétences définies par l'OMS telles que décrites plus haut.



# Notions et repères principaux en matière d'addictions et de conduites addictives

Par Grégory Duperron / Laura Vacquant.

Le but de ce chapitre est de donner quelques repères et des pistes de réflexion sur le champ de l'addictologie. Néanmoins, pour maîtriser un outil de prévention comme « Addi-Ado : une approche éducative de la prévention des addictions », une formation solide en addictologie est vivement recommandée. Pour approfondir vos connaissances, vous référer au chapitre « Ressources documentaires, bibliographiques, et sitographiques ».

## Les drogues

La définition du terme « drogue » varie beaucoup. Chaque expert a sa propre définition, toujours partielle (médicament, stupéfiant, tout ce « qui rend dépendant » ...). En effet, le mot drogue est couramment directement associé à la dépendance. Cette association automatique est pourtant très réductrice et exclut donc les drogues qui ne rendent pas dépendant. (Le LSD\* par exemple).

La définition qui fait consensus est celle de l'O.M.S ou celle de l'approche expérientielle des conduites addictives (1) :

**Droque = Substance chimique qui modifie le fonctionnement du cerveau.**

Les drogues sont donc des substances psycho-actives. Elles ont des effets psychiques en modifiant le fonctionnement biologique du cerveau. En allant plus loin, on peut catégoriser les drogues selon les effets qu'elles procurent : dépresseurs, stimulants ou perturbateurs. (J.Delay et P.Deniker, 1957)

### ■ DÉPRESSEURS :

ces drogues ralentissent le fonctionnement du cerveau. Ils diminuent l'activité du cerveau, effet de relaxation, action sédatrice. Ils agissent en 4 étapes : Ralentissement, paralysie d'un centre du cerveau (désinhibition) / Sommeil / Coma / Mort.

### ■ STIMULANTS :

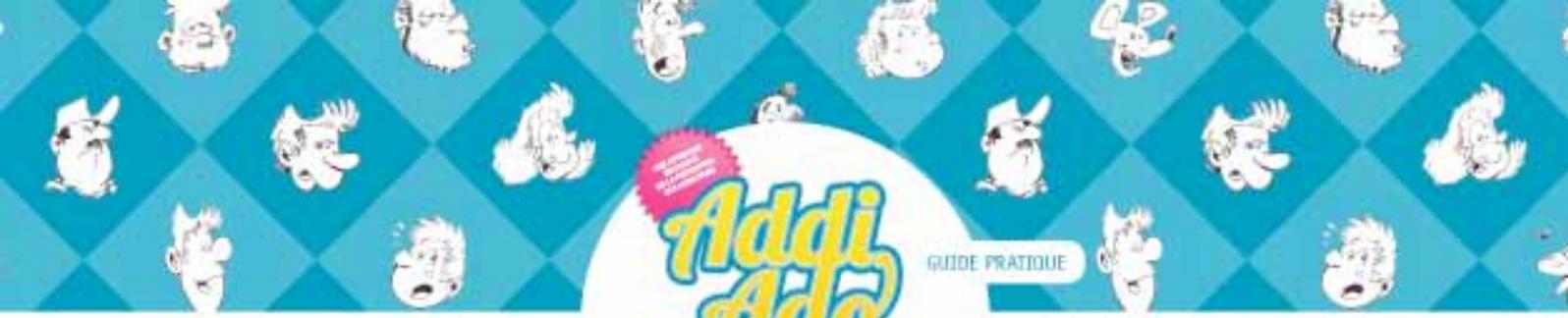
ces drogues accélèrent le fonctionnement du cerveau

### ■ PERTURBATEURS :

ces drogues modifient essentiellement les perceptions et peuvent agir comme dépresseurs ou stimulants.

**Voir le tableau des drogues dans la page suivante.**

Ce tableau donne des repères sur l'effet principal de chaque drogue et permet également d'aborder des notions de réductions des risques (cf définitions suivantes) notamment dans le cas de polyconsommations. Par exemple, en France, les overdoses sont souvent le résultat de la consommation de plusieurs produits dans la catégorie des dépresseurs : alcool + opiacé + benzodiazépine (anxiolytiques).



<i>Tableau des drogues</i>		
<b>DÉPRESSEURS</b>	<b>STIMULANTS</b>	<b>PERTURBATEURS</b>
<b>ALCOOL</b>	<b>NICOTINE</b>	<b>CANNABIS (THC)</b>
		• Herbe, marijuana
		• Hasch
<b>OPIACÉS</b>	<b>CAFÉINE</b>	• Huile
• Opium		
• Morphine	<b>THÉINE</b>	
• Codéine		<b>HALLUCINOGENÈS</b>
• Héroïne	<b>COCAÏNE (CRACK)</b>	• LSD, Acide
• Méthadone		• Champignons
• Buprénorphine	<b>AMPHÉTAMINES</b>	• Datura
	• Speed	
<b>TRANQUILLISANTS</b>	• Ecstasy	
• Benzodiazépines	• MDEA, MDA	<b>ARTANE</b>
• Barbituriques	• Ritaline	
<b>SOLVANTS VOLATILS</b>		
• Ether		
• Trichloréthylène	<b>MÉTAMPHÉTAMINES</b>	
<b>ANESTHÉSANTS</b>	<b>ANTIDÉPRESSEURS</b>	
• GHB		
• Kétamine		
	<b>POPPERS</b>	
	<b>KHAT</b>	

\***LSD** = Le LSD (diéthylamide de l'acide lysergique) est une substance synthétisée à partir d'un champignon parasite qui atteint le seigle, le froment et l'avoine.

**■ SUBSTANCE PSYCHOACTIVE**

**Substance qui agit au niveau du système nerveux.**

Alcool, tabac, cannabis, héroïne, cocaïne, etc. sont des substances psychoactives qui agissent sur le cerveau c'est-à-dire qu'elles modifient l'activité mentale, les sensations, le comportement et qu'elles provoquent des effets somatiques (sur le corps) variables selon les propriétés de chacune, leurs effets et leur nocivité. (cf ci-dessus).



## Plaisirs et dangers des drogues ?

La perception des dangers comme des plaisirs liés à l'usage de drogues est souvent confuse. Ils sont tantôt sous-évalués, tantôt surévalués, souvent exagérés, voire fantasmés. Arrêtons-nous sur les dangers des drogues.

- En tant que substances exogènes, les drogues sont potentiellement plus ou moins toxiques pour le corps humain (*potentiel de toxicité*).
- En tant que substances psychoactives, les drogues modifient les perceptions et le rapport au monde et sont donc potentiellement dangereuses en termes d'ivresse, d'excitation, d'insensibilité, d'angoisse, de troubles psychiatriques, etc. (*potentiel de modification psychique*).
- En tant que substance modifiant le fonctionnement du cerveau, les drogues peuvent potentiellement créer un déséquilibre dans les échanges synaptiques (neuronaux) et provoquer ainsi une dépendance/addiction (*potentiel addictif*).

**Voir le cube des dangers qui présente la dangerosité « pharmacologique » d'un usage « courant ».**

Toutefois, chacune des drogues aura des potentiels de risque / dangerosité différents, et certaines cumulent les potentiels de dangerosité élevés (ex : l'alcool)... D'autres paramètres peuvent augmenter ou diminuer ces dangers : Quantité, fréquence d'utilisation, mode d'usage, contexte, vulnérabilité de l'utilisateur... La dangerosité pharmacologique d'une substance n'est qu'un élément de sa dangerosité réelle : Légalité ou illégalité, marginalisation sociale...

Mais si, malgré tous ces dangers, les hommes consomment quand même des drogues, c'est que l'expérience qu'ils en tirent est plutôt positive... Ainsi, les drogues sont consommées pour le plaisir (*potentiel hédonique*), pour la sociabilité (*potentiel de sociabilité*) et pour le soulagement qu'elles induisent (*potentiel thérapeutique*).

**Voir le cube des satisfactions.**

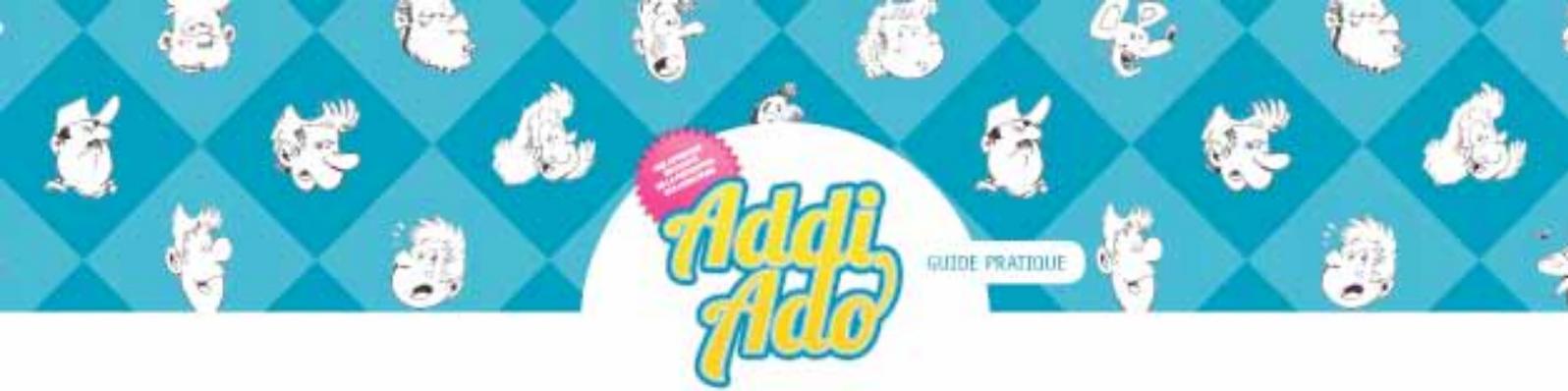
**C'est ainsi que toutes les drogues peuvent apporter des bienfaits et des méfaits, qu'elles sont en même temps le meilleur des remèdes et le pire des poisons. <sup>(1)</sup>**

### ■ OVERDOSE

De l'anglais : dose excessive. 1) Intoxication aiguë, à l'issue parfois fatale, découlant de l'usage d'une substance psychoactive : le terme s'applique essentiellement aux intoxications par opiacés (héroïne, codéine, etc.) ou par cocaïne. 2) (par extension) Accident majeur résultant de la consommation d'une drogue ou de plusieurs. (cf drogues)

### ■ COMA ÉTHYLIQUE (OU OVERDOSE D'ALCOOL)

La consommation de très fortes doses d'alcool peut conduire au coma éthylique. Il s'agit d'une perte de connaissance qui s'accompagne d'une baisse de la tension artérielle et d'une diminution de la fréquence respiratoire et de la température corporelle. Le coma éthylique nécessite une hospitalisation en urgence et il peut, faute de soins, provoquer la mort.

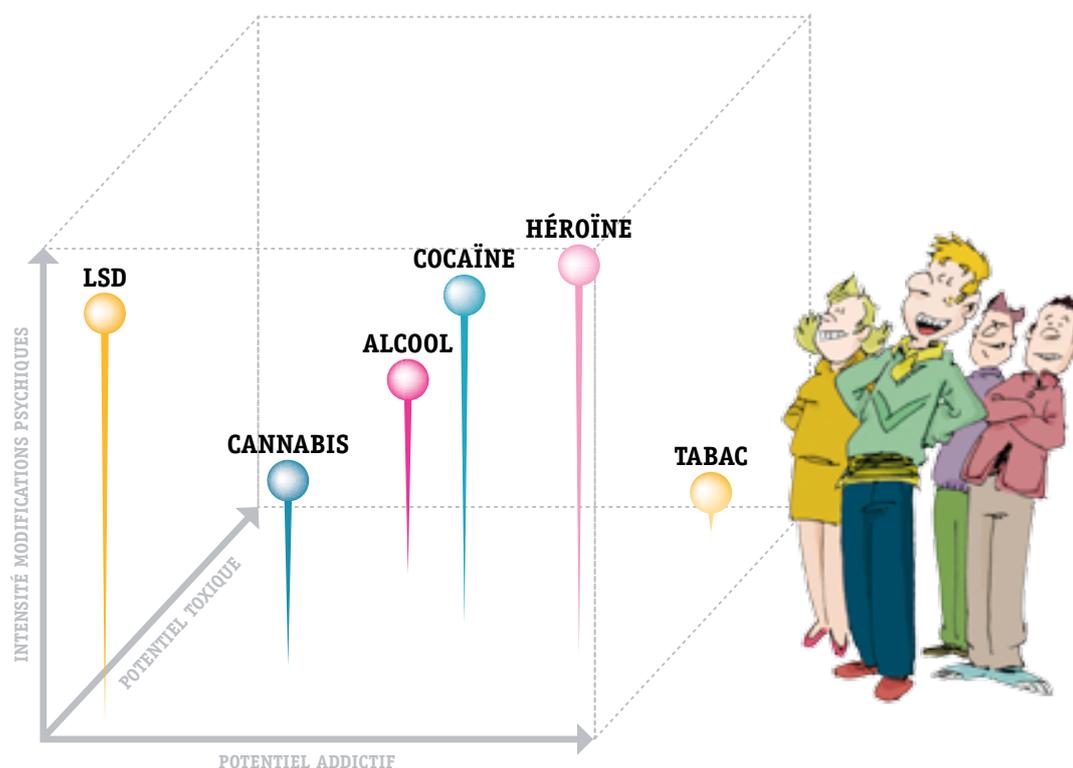


Le coma éthylique n'est pas exclusivement le fait des personnes alcooliques chroniques. La quantité d'alcool pouvant provoquer un coma éthylique varie selon les personnes et l'état de santé de chacun. La consommation massive et rapide d'alcool fort est un facteur de risque important, ce qui est le cas dans le phénomène du «Binge drinking» ou «biture expresse». (cf ci-dessous)

## ■ BINGE DRINKING

Mode de consommation qui consiste à absorber une grande quantité d'alcool dans un court laps de temps. L'objectif principal est d'être ivre le plus rapidement possible. Le Binge drinking vient des pays anglo-saxons et scandinaves. Syn : «biture expresse» ou «intoxication alcoolique aigüe».

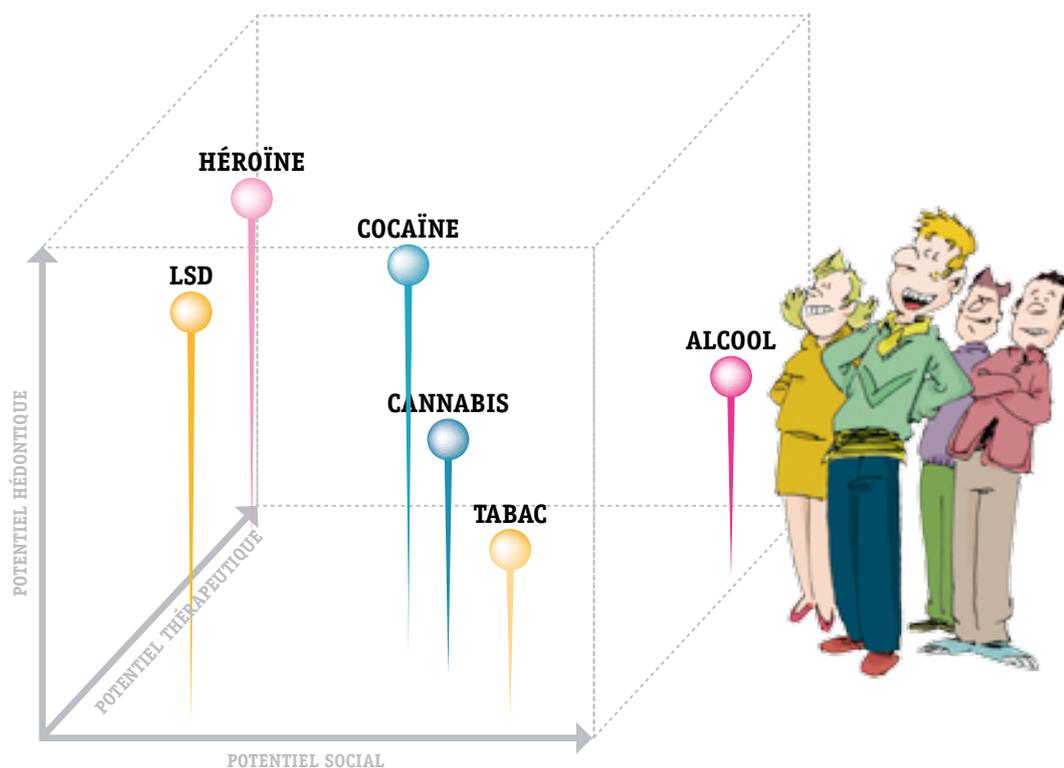
### LE CUBE DE LA DANGÉROSITÉ DES PSYCHOTROPES



- **LE POTENTIEL DE TOXICITÉ** = atteinte physiologique (cancer, cirrhose...), intoxication, surdose...
- **LE POTENTIEL DE MODIFICATION PSYCHIQUE** = ivresse, excitation, insensibilité, angoisse, troubles psychiatriques...
- **LE POTENTIEL DE RISQUE ADDICTIF** = apparition d'une dépendance psychique et physique

Sources : Cube de la dangerosité (ARPAE) | MOREL A. «Les conduites addictives».

## LE PROFIL DE SATISFACTIONS RECHERCHÉES



### ■ LE POTENTIEL HÉDONIQUE

= plaisir (désinhibition, sensations agréables, intenses et inhabituelles, euphorie..., d'où la relation avec la fête).

### ■ LE POTENTIEL SOCIAL

= la socialisation (partager les codes sociaux d'un groupe, d'une société..., d'où la relation avec la culture).

### ■ LE POTENTIEL THÉRAPEUTIQUE

= soulagement (propriétés médicinales, apaisement du stress, de la déprime, de la souffrance, auto-médication..., d'où la relation avec la médecine ou le dopage).

Sources : Cube des motivations d'usage (ARPAE) | MOREL A. « Les conduites addictives ».

## Les effets des drogues ?

Quand on fait l'expérience d'une drogue, on ressentira un *effet*, bien souvent attendu, mais aussi un *contre-effet*, généralement moins bien identifié et peu reconnu. Après l'ivresse, c'est la « gueule de bois », après le plaisir intense, c'est la « descente » ... Effets et contre-effets sont automatiquement liés. Nous pouvons appeler le contre-effet « récupération ». La récupération est liée à des processus de tolérance et de restauration énergétique propres au cerveau humain. Elle est également présente dans d'autres types d'expériences à fort pouvoir émotionnel (prise de risque, sexualité). Elle est cependant généralement peu prise en compte, voire escamotée, ce qui aggrave alors les déséquilibres. *Gérer l'expérience [d'une prise de drogue], c'est gérer les deux versants de l'expérience. (effet et contre effet).* <sup>(1)</sup>

### ■ LA TOLÉRANCE

Le mécanisme de tolérance est inclus dans le processus de la récupération. Suite à des consommations de drogues, le cerveau vise à rétablir les mécanismes naturels du système vital, et ce à travers le foie et le système nerveux central.

- **Le foie** : il joue un rôle de filtre mais ne permet pas un contrôle total et a une moindre incidence lorsque la substance est inhalée ou injectée.
- **Les systèmes neurobiologiques intra-synaptiques** : défense contre les afflux de molécules dont ils maintiennent les équilibres dans les échanges [principe de l'homéostasie neuro-biologique ou tolérance synaptique]. A un effet stimulant des drogues, l'organisme répond par un contre-effet déprimeur et vice-versa.

Symboliquement l'organisme s'adapte comme le voilier diminue sa voilure dans la tempête. D'où la nécessité d'augmenter les doses pour ressentir le même effet.

### ■ ACCOUTUMANCE

Terme général englobant les phénomènes de tolérance et de dépendance psychique et/ou physique.

**L'effet d'une drogue donnée ne se réduit pas à son action biologique.**

Il est le résultat d'une équation à plusieurs facteurs (E = SIC). Les facteurs sont si nombreux qu'il est impossible de déterminer / prévoir / comprendre l'expérience de l'autre. Le changement d'un ou de plusieurs facteurs dans l'équation devrait avoir un impact sur son résultat, à savoir la place que prend la substance dans la vie de la personne. C'est ainsi qu'un changement contextuel ou un changement dans le mode de vie peuvent avoir pour répercussion un changement dans la consommation de drogues. Reconnaître la multiplicité de ces facteurs c'est redonner à chacun sa responsabilité et sa liberté de modifier ou non son comportement à partir de ses propres choix et de ses ressources. <sup>(1)</sup>



Voir le schéma ci-dessous : la loi de l'effet E=SIC

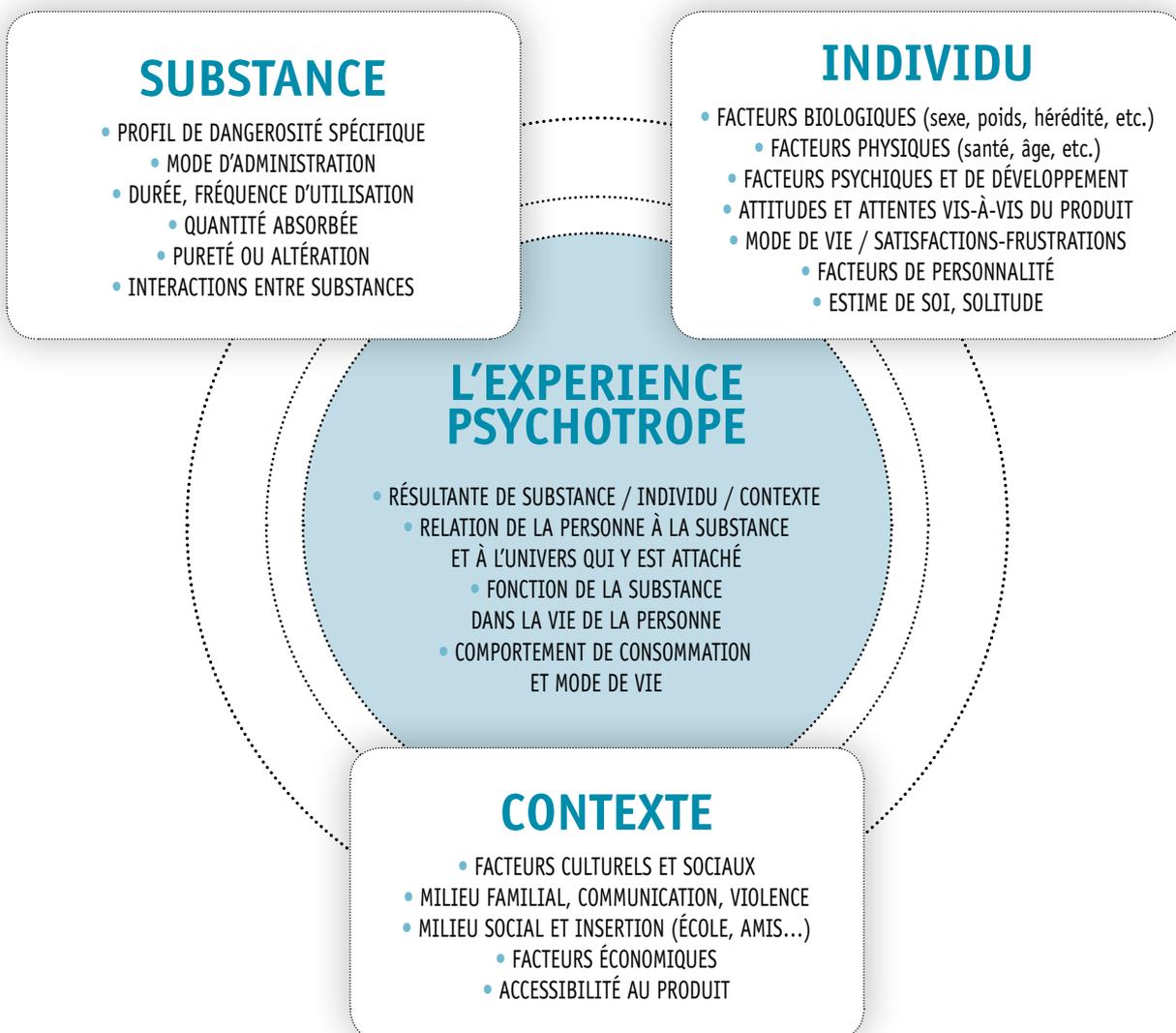
## ■ LES COMPORTEMENTS D'USAGES

Il est difficile de trouver des critères ou des normes pour déterminer un « bon usage » des drogues. En effet, tous les comportements d'usage ne se valent pas. On peut ainsi distinguer les différents comportements d'usages en fonction des risques et des complications qu'ils induisent (usage simple, usage à risques, usage nocif et dépendance/addiction).

Voir le schéma ci-dessous : La Pyramide des usages.

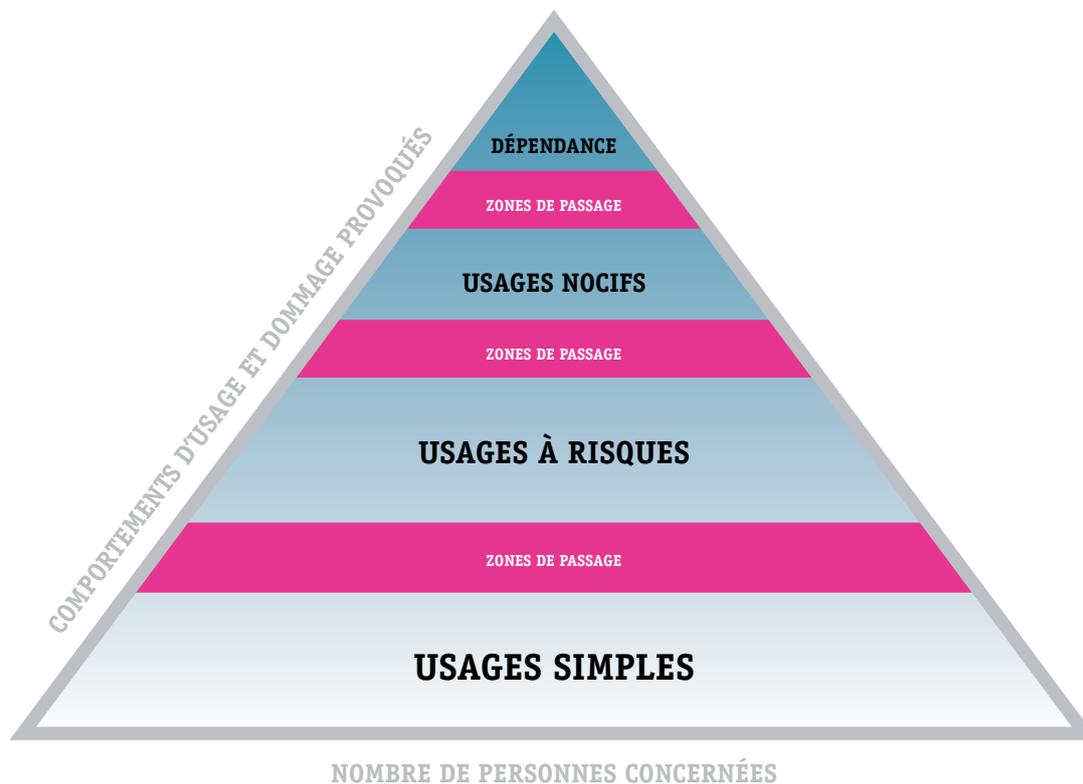
## La loi de l'effet ( $E = SIC$ )

Sources : L'expérience psychotrope (ARPAE) / MOREL A. « Les conduites addictives ».





## La pyramide des usages



### ■ USAGE SIMPLE :

l'usage simple est une consommation de substances psychoactives qui n'entraîne ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives pour soi ou pour autrui.

### ■ USAGE À RISQUES :

l'usage simple comporte des risques dans quelques situations particulières, comme la consommation d'une substance avant de conduire un véhicule ou utiliser un engin (automobile, deux roues, machine, etc.); la consommation de substances illicites, mais aussi d'alcool et de tabac, chez la femme enceinte; l'association avec certains médicaments.

### ■ USAGE NOCIF :

l'usage nocif, ou abus, est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, pour le sujet lui-même, mais aussi pour son environnement.

### ■ DÉPENDANCE :

une personne est dépendante lorsqu'elle ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrances physiques et/ou psychiques.

Sources : La pyramide des comportements d'usage (ARPAE) | MOREL A. « Les conduites addictives »; MILDT, « Drogues : savoir plus, risquer moins ».

La notion de risque est relative et ne définit pas à elle-seule les différents types d'usage. Il existe aussi des différences dans les trajectoires de consommation, qui peuvent être ascendantes (vers plus de drogues) et descendantes (vers l'abstinence). Surtout, la gestion de la consommation est toujours possible, même si elle est plus difficile avec certains produits.

A un niveau expérientiel, les comportements d'usage dépendent également de l'intensité plus ou moins forte de l'expérience que recherchera l'utilisateur, et du type de satisfaction que lui procurera son comportement d'usage. C'est la satisfaction ou l'insatisfaction d'un individu à l'égard de l'usage qu'il a d'une substance qui détermine l'existence et l'importance du problème à ses yeux. Ainsi, certains peuvent être dépendants et satisfaits, d'autres abstinentes mais insatisfaits. (1)

## ■ POLYCONSOMMATION

C'est le fait de consommer plusieurs substances en même temps (exemples : alcool et cannabis...). Multiplication des produits mais également des dangers.

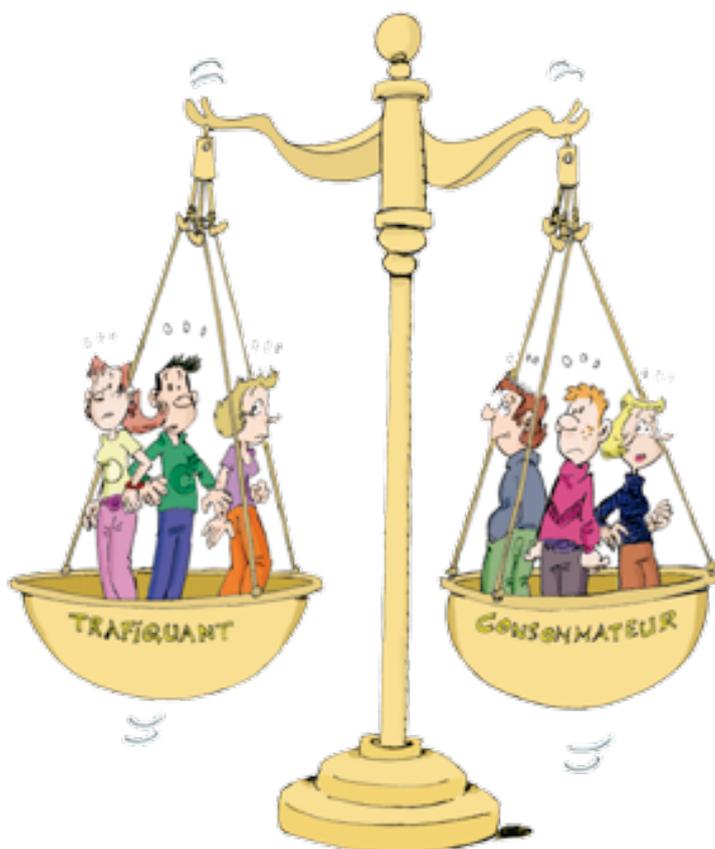
## ■ POLYTOXICOMANIE

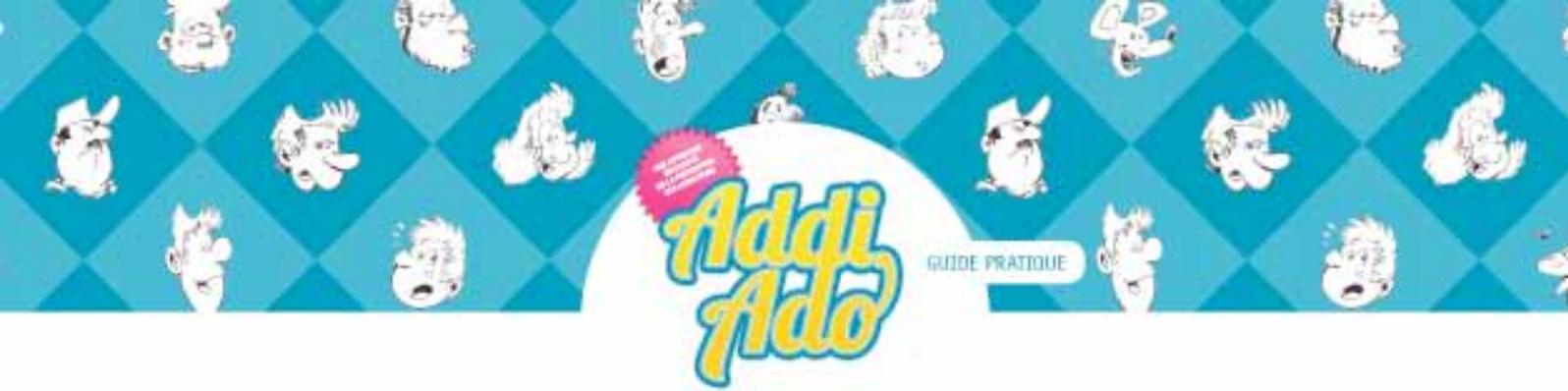
Dépendance portant de façon simultanée ou séquentielle sur la consommation abusive de plusieurs substances psychoactives.

## ■ DÉPENDANCE

L'usage veut que l'on désigne ainsi la situation d'assujettissement d'un individu à la prise d'une drogue : l'interruption de cette dernière pratique entraîne un malaise psychique, voire physique, qui incline le sujet à pérenniser sa consommation.

Des années 1950 aux années 1980, le concept de dépendance est demeuré restreint à celui de pharmacodépendance, c'est-à-dire avant tout de dépendance physique à l'égard d'une substance psychoactive. La pharmacodépendance correspond à un état adaptatif de l'organisme, à un nouvel équilibre homéostatique atteint lorsque la consommation de certains produits s'est prolongée : l'arrêt de la consommation, ou sevrage, induit un état particulier, le manque auquel le sujet devenu dépendant cherche à échapper par la reprise compulsive du produit (qu'il s'agisse de l'alcool, du tabac, de certains médicaments psychotropes ou des drogues illicites). Les signes du manque peuvent être d'ordre physique et/ou psychique, ce qui permet de distinguer une dépendance physique (à l'alcool, au tabac, aux opiacés notamment) et une dépendance psychique, celle-ci étant plus ou moins avérée selon les produits consommés, le contexte du sevrage et la personnalité du sujet.





Mais la notion de dépendance recouvre en fait un champ bien plus étendu : elle englobe toutes les « toxicomanies sans drogue » étant entendu que, pour caractériser ces dernières, les spécialistes font plutôt appel à la notion d'addiction. En effet, la dépendance ne concerne plus tant dans ce cadre, l'objet (c'est-à-dire la drogue) que le sujet. Depuis les années 1980, le problème est progressivement recentré sur la personne qui, d'un usage est passé à une dépendance, aussi bien à l'égard d'une drogue que d'une pratique (jeu pathologique, achats compulsifs, etc.). Allant plus loin encore, on peut considérer que la majorité des activités humaines sont engagées dans un système de dépendance comme tendent à le montrer les travaux du sociologue Albert Memmi (qui utilise la notion de pourvoyance). Il serait vain, par conséquent, de prétendre à une compréhension univoque et définitive du phénomène.

Le regard du pharmacologue sur les dépendances est bien sûr, historiquement, tourné vers les produits toxicomanogènes et leur action sur le cerveau. Les travaux récents portant sur le système de récompense permettent de proposer un modèle commun à la plupart des dépendances, mais n'expliquent pas pour autant les nombreux paradoxes ressortant de l'observation d'usagers de substances psychoactives : pourquoi les patients auxquels on administre des quantités croissantes de morphine pour traiter des douleurs ne signalent-ils qu'exceptionnellement des symptômes de sevrage lorsque l'administration de l'analgésique est arrêtée et qu'ils peuvent vivre à nouveau des activités gratifiantes ? Comment les soldats américains engagés au Vietnam, dont 75 à 80 % étaient devenus dépendants de l'héroïne, ont-ils pu sans problème « décrocher » à leur retour aux États-Unis ?

## ■ ADDICTIONS ET CONDUITES ADDICTIVES

**Selon GOODMAN :** Désigne un processus dans lequel un comportement chargé de soulager un mal être, finit par devenir plus ou moins incontrôlable et se maintient malgré ses conséquences négatives.

*« (L'addiction est) un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ». (2)*

*Ce terme est aujourd'hui couramment employé pour désigner une envie irrépressible marquée par la dépendance. Il remplace les termes de dépendance et même de toxicomanie. Marc VALLEUR distingue « les "addictions" au sens large, parmi lesquelles la toxicomanie aux drogues illicites n'est qu'une variante de formes très répandues de conduites humaines ». (3)*

Dans la définition *des addictions*, le produit a beaucoup moins d'importance que la conduite même du sujet. En effet, l'addiction désigne la dépendance d'un sujet à un produit psychoactif licite (tabac, alcool, médicaments) ou illicite (héroïne, cocaïne, ecstasy...) ou à une activité, un comportement. Dans ce cas on parle d'addiction sans drogue ou « *addictions comportementales* » comme le jeu *pathologique* et la *cyberdépendance*.

**Jean BERGERET**, psychanalyste français, propose une étymologie du terme « addiction » (dérivé du latin « addictus ») qui signifie « *la contrainte par le corps* ».

Le terme *d'addiction* regroupe donc « les toxicomanies, l'alcoolisme, le tabagisme, le jeu pathologique, voire les troubles des conduites alimentaires, les conduites sexuelles ou les relations amoureuses "aliénantes" ».

## Différence avec la dépendance

Bien que le terme addiction soit souvent utilisé comme synonyme de dépendance, il existe en réalité une nuance entre ces deux concepts. Comme cela a été montré plus haut, le concept de dépendance fait intervenir deux notions : la dépendance physique (tolérance et sevrage) et la dépendance psychique ou comportementale. En pratique spécialisée, la tendance consiste à utiliser le terme d'addiction pour ne désigner que le volet comportemental du phénomène de dépendance (4 - Lusher et al. Clin J Pain. 2006).

Cette nuance permet, par exemple, de distinguer les situations problématiques réelles lors de traitements médicamenteux prolongés par certains médicaments addictogènes. Pour illustration, les patients douloureux chroniques, traités par analgésiques opioïdes au long cours, développent des critères de dépendance physique (à savoir une tolérance et, en cas d'arrêt brutal, un syndrome de sevrage) mais ces manifestations sont considérées comme normales et le prescripteur ne cherche pas spécialement à les éviter (la « dépendance » du patient est attendue comme une manifestation physiologique normale). En revanche des manifestations de dépendance psychique/comportementale (c'est-à-dire de l'« addiction ») sont considérées comme indésirables et l'objectif est de les éviter (l'addiction du patient, elle, n'est pas attendue).

### ■ SEVRAGE

C'est l'arrêt de la prise de substance psychoactive de manière brutale ou progressive. Le sevrage s'opère, selon les cas, en milieu hospitalier ou en ambulatoire et vise à limiter le malaise physique et psychique lié au syndrome de manque. SYN. : désintoxication, cure, cure de désintoxication.

### ■ ÉTAT DE MANQUE

Un état de manque désigne un ensemble de symptômes qui apparaît lorsqu'une personne dépendante est privée de la substance dont elle est dépendante. Cet état de manque est particulièrement important chez les consommateurs d'héroïne mais il se retrouve chez toutes les personnes dépendantes. Ainsi, un état de manque apparaît également chez les personnes qui cessent de fumer ou de boire de l'alcool alors qu'elles en consomment habituellement quotidiennement. Les états de manque se traduisent entre autres, par un mal-être, des douleurs abdominales, des nausées, une agitation, des tremblements, une irritabilité excessive. Dans certains cas, l'état de manque doit être considéré comme une urgence médicale notamment parce qu'il présente un danger réel pour la personne (dégâts neurologiques pour l'alcool).

## La loi

### ■ DÉPÉNALISATION (MILDT)

(Théorie de la). Théorie juridique qui récuse l'intérêt d'une sanction pénale de telle ou telle catégorie d'actes délinquants. Elle a la faveur de nombreux médecins et juristes, concernant l'usage simple et privé de stupéfiants.

### ■ LA LÉGALISATION

*La légalisation (ou réglementation)* est la reconnaissance juridique d'un comportement, qui implique la reconnaissance d'une liberté (comme la libéralisation). Elle peut cependant impliquer une intervention de l'État, consistant à mettre à disposition les moyens qui permettent l'exercice de cette liberté. «Légaliser



le cannabis» signifie que la détention de ce produit est autorisée. Sa production et sa distribution peuvent néanmoins être contrôlées et encadrées par l'État. La légalisation laisse libre l'État de définir le niveau et les modalités de contrôle, tant de l'usage que de la distribution : il peut peser sur la demande en intervenant sur le prix de vente légal via la fiscalité ; il peut limiter les conditions dans lesquelles la consommation est autorisée, en restreignant l'autorisation de consommer à certaines catégories de population (cf. autorisation de vente d'alcool et de tabac limitée aux majeurs et interdite aux mineurs) ou à certains lieux (cf. interdiction de fumer dans les lieux publics). La légalisation du cannabis en tant que produit est à ce jour juridiquement impossible à mettre en œuvre dans les pays signataires des conventions internationales, qui se sont engagés à incriminer et sanctionner la culture, la distribution et la production de tout type de stupéfiants. Les notions de **légalisation « partielle » ou « totale »** du cannabis, largement utilisées dans le débat public, n'ont aucune valeur juridique établie dans les textes. Dans son acception courante, la « légalisation partielle » peut désigner une légalisation limitée à certaines populations ou à certaines circonstances d'usage (comme, par exemple, le tabac et l'alcool, dont la vente est interdite, en France, aux mineurs), par opposition à la « légalisation totale » qui consisterait à autoriser l'achat et la vente de cannabis sans aucune restriction (au même titre qu'un bien de consommation courante). De la même manière que le langage usuel confond souvent libéralisation et légalisation, les termes de dépénalisation et décriminalisation sont souvent utilisés comme synonymes.

**La dépénalisation** est définie par Van de Kerchove comme le processus « tendant à réduire l'application de sanctions pénales à l'égard d'un comportement déterminé, cette réduction pouvant aboutir à leur

suppression pure et simple ». Il existe d'autres définitions possibles de la « dépénalisation », plus ou moins proches de la notion de « décriminalisation » : pénalistes et criminologues ne donnent en effet pas tous le même contenu aux notions de « dépénalisation » et de « décriminalisation ». Dans certains pays, en France en particulier et dans les pays latins (Italie, Espagne, Portugal), le terme de dépénalisation est généralement utilisé pour désigner la suppression de l'interdit pénal. Dans l'emploi courant des notions de **dépénalisation « partielle » ou « totale »** de l'usage de cannabis, la « dépénalisation totale » désigne la suppression de toute peine (le comportement d'usage est extrait du champ pénal), alors que la « dépénalisation partielle » désigne, de façon plus limitative, la réduction ou l'assouplissement des peines prévues par la loi : il peut s'agir de diminuer les peines d'emprisonnement ou de remplacer la possibilité de peines de prison par une peine d'amende, une peine de travail d'intérêt général, ou encore un traitement médical. Dans les deux cas cependant, la prohibition demeure (Van de Kerchove, 1987). Soulignons-le une nouvelle fois : ce distinguo entre dépénalisation totale et partielle n'a aucune valeur juridique. Le langage courant distingue également, parfois, **la dépénalisation en droit et en fait**. La « dépénalisation en droit » consiste à réduire ou à supprimer les sanctions pénales (amende, emprisonnement) associées au comportement d'usage par le droit positif (changement législatif de l'incrimination et de la sanction de l'usage et/ou de la détention). On parle de « dépénalisation de fait » lorsque, en raison de divers mécanismes juridiques à l'instar de l'opportunité des poursuites, une infraction définie par le droit pénal n'est, de fait, pas sanctionnée à la mesure de ce que prévoit la loi. Cela peut arriver dans les pays dont la politique pénale est orientée par des directives du ministère de la Justice. (5)

## Confusions au sujet des ...

### Il faut différencier le geek du nolife, du nerd et du technophile :

Si **nolife et geek** sont parfois compatibles, ils ne sont pas pour autant synonymes. Le nolife est celui dont la passion (généralement le jeu vidéo, en particulier le **MMORPG**) devient une addiction, puisqu'elle occupe une part démesurée dans sa vie, et va jusqu'à être un frein pour son emploi ou ses études. Ce n'est pas forcément le cas du **geek**, puisque le plus souvent les **geeks** offrent une part raisonnable de leur temps à leur passion.

Une autre différence majeure entre les **geeks** et les **nolifes** consiste dans le fait que les **geeks** forment une communauté, qui se retrouve sur Internet mais aussi dans le monde réel, et possèdent ainsi une vie sociale. Le **nolife**, lui, n'entretient pratiquement pas ou plus de relations avec le monde extérieur, et il empiètera sur ses relations sociales pour se livrer à son activité.

On peut enfin noter que le **geek** aura le plus souvent des connaissances plus pointues que le nolife sur sa passion. Dans le domaine de l'informatique par exemple, quand le **geek** aura une connaissance précise du fonctionnement d'un ordinateur et des programmes qu'il utilise, le **nolife** n'aura que des

connaissances élémentaires, qui lui permettront simplement d'utiliser des jeux vidéo et des fonctions peu poussées.

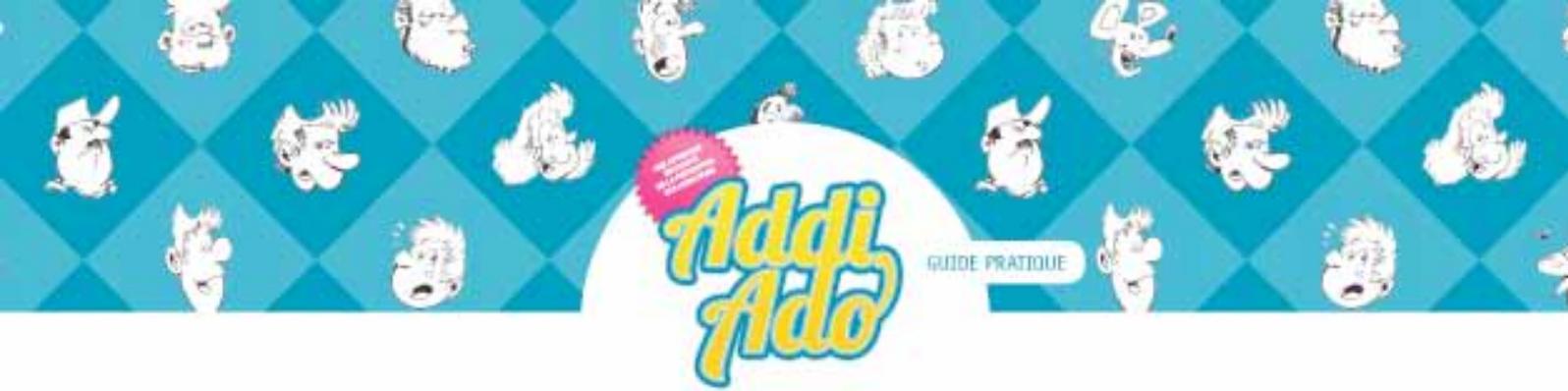
En outre, il est important de différencier précisément les termes **nerd** et **geek**. Ces deux termes peuvent parfois se recouper mais ne sont pas pour autant synonymes. En effet, le terme **nerd** fait davantage référence aux passionnés d'informatique ou de sciences que le terme **geek**, qui englobe d'autres passions de l'ordre du fantastique ou de la science-fiction. Le **nerd** est donc une catégorie de **geek**. Le terme **nerd** est, aujourd'hui, plus négatif et renvoie souvent à un physique disgracieux. Le **nerd** typique fait partie des clichés du microcosme étudiant américain, au même titre que le joueur de football américain ou la pom pom girl, clichés entretenus par la fiction et, parfois, les médias.

Enfin, la différence entre **geek** et **technophile** est simple, puisque radicale : le **technophile** est simplement celui qui apprécie l'usage d'un téléphone portable, d'un ordinateur, d'Internet, en bref, des nouvelles technologies. Or, si tous les **geeks** ou presque sont **technophiles**, un utilisateur de téléphone portable n'est bien sûr pas nécessairement un **geek**. De nombreux **geeks** aiment à approfondir leurs connaissances en se tournant vers des logiciels libres et systèmes d'exploitation de type GNU/Linux, ou au contraire, vers du matériel considéré comme obsolète, notamment les ordinosaures. Un **geek** n'est ni un **nolife**, ni un **nerd**, ni un **technophile**.

### ■ CYBERDÉPENDANCE

Désignant à l'origine toute dépendance à l'ordinateur ou plus largement à l'univers informatique, ce terme est aujourd'hui utilisé principalement pour désigner une dépendance qui s'instaure chez une personne faisant usage distordu des moyens de communication offerts par internet. Cette personne est dans la recherche constante de connexion au réseau informatique afin d'y établir une connexion, d'y trouver une information, du sexe ou du jeu virtuel. Elle éprouve une anxiété désorganisatrice si elle ne peut pas se connecter, et sa vie personnelle et sociale s'organise autour de la connexion.





A l'image d'une toxidépendance, le cyberdépendant manifeste un phénomène de manque et peut recourir au mensonge pour réduire l'importance de son addiction. (6,7).

## ■ LES JEUX EN LIGNE :

**Au-delà des jeux d'arcades, parmi les jeux vidéo les plus addictogènes, on note deux types de jeux (cette liste n'est pas exhaustive) :**

### 1 – Les jeux de rôle ou MMORPG

(Massivey Multiplayer Online Role Playing Game).

Jeux de rôle en ligne massivement multi-joueurs. Jeux qui se jouent avec une connexion internet sur un serveur géré par l'éditeur du jeu. Jeu avec un monde persistant, qui ne s'arrête jamais. Le jeu n'a pas de fin. Ils peuvent se jouer dans le monde entier. Ce type de jeu, grâce à internet permet donc de réunir plusieurs milliers de personnes sur un même serveur qui vont jouer ensemble. Ces joueurs

ont la nécessité, s'ils veulent évoluer efficacement dans le jeu, de se regrouper dans une communauté de joueurs appelé *Guilde*. Le mot *Guilde* vient du néerlandais qui signifie réunion. Ex : LOL : League Of Legend / WOW : World Of Warcraft / Dofus...

### 2- FPS

(First Player Shooter = jeu de tir à la 1ère personne).

*ex : Call Of Duty®... Ces jeux ont une tendance à se rapprocher de plus en plus des MMORPG dans le monde persistant.*

Ils sont utilisés parfois avec un abonnement mensuel payant ou d'autres fois en Free-to-play (gratuit). Ils sont principalement jouables sur PC, mais ils se trouvent de plus en plus accessibles sur consoles portables. Leur utilisation est souvent accompagnée de logiciels de messageries et conversations instantanées (Skype®...), de réseaux sociaux (Facebook®, Twitter®...) et de forums créés par les joueurs. (6,7)

## Les différents modes de consommations

**Chaque drogue peut être consommée selon différents modes de consommation. Chaque mode de consommation va présenter des avantages et des risques qu'il est important de connaître car ils peuvent parfois être plus néfaste que la conduite addictive elle-même.**

- **Fumer / inhaler (poumon) :** fumer consiste à brûler une substance pour en absorber la fumée par la bouche ou le nez et l'introduire dans les voies respiratoires. Inhaler consiste à absorber une substance sous forme de vapeurs, gaz ou microparticules pour l'introduire également dans les voies respiratoires.
- **Sniffer :** consiste à introduire une substance sous forme de poudre dans la voie nasale. La poudre se dépose sur la muqueuse nasale dont les nombreux petits vaisseaux sanguins absorbent la substance psychoactive. Avec le sniff le temps d'apparition

des effets est rapide (quelques minutes) mais moins qu'avec l'injection.

- **Injecter :** injecter c'est introduire dans l'organisme une substance liquide au moyen d'une aiguille creuse transperçant la couche supérieure de la peau. Le temps apparition des effets est rapide (moins d'une minute).
- **Ingérer (tube digestif) :** ingérer c'est le fait d'introduire une substance par la bouche dans le tube digestif (boire, avaler, gober...) Le temps d'apparition des effets est très variable (de 20 minutes à 2 heures).

Les risques inhérents aux conduites addictives dépend donc aussi du mode de consommation utilisé par le consommateur. L'accompagnement des consommateurs se décline donc en plusieurs modalités : la prévention, la réduction des risques et le soin. (8)

## Thérapies

### ■ THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

Technique de soin basée sur l'analyse, l'évaluation et la modification des facteurs individuels et environnementaux qui influent sur les comportements, les manifestations physiologiques et les schèmes de pensée d'un individu. La thérapie cognitivo-comportementale vise à remplacer, par le biais d'un apprentissage, un comportement pathologique - notamment une conduite de dépendance - par un autre comportement dont la définition aura fait l'objet d'un contrat entre le patient et le thérapeute.

### ■ THÉRAPIES CORPORELLES

Ensemble de méthodes de soins mettant au premier plan le rapport au corps. Ces méthodes sont de recours fréquent dans le traitement des conduites de dépendance.

### ■ THÉRAPIES SYSTÉMIQUES

Ensemble de pratiques de psychothérapie, de recours dans divers types de conduites de dépendance (toxicomanies, alcoolisme, troubles des conduites alimentaires, etc.), et impliquant dans une démarche de soins l'ensemble des proches du sujet dépendant.

**Remarque : Cette liste n'est pas exhaustive.**

## Vocabulaire / Argot

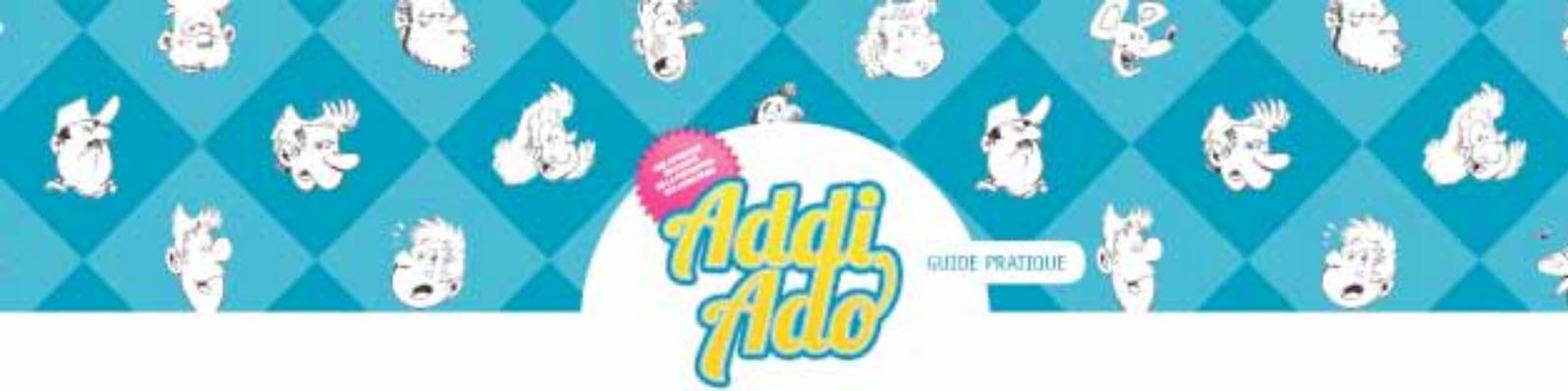
Ces mots d'argot ne sont pas valables sur l'ensemble de la France. Leur utilisation va dépendre de particularité régionale ou locale et du groupe d'appartenance de la personne. Des différences dans le temps sont également nettement repérables.

- **Cannabis** : marijuana, ganja, week, joint, shit (résine), haschisch, pétard, bédo, beuh (herbe), Marie Jeanne, chichon, sinsémillia (nom d'une espèce), beuze.
- **Héroïne** : rabla, came, tar, dré, poudre, smack, junk, meumeu, horse, cheval, hélène, schnouff, blanche, rose, grise, brune, brown sugar...
- **Cocaine** : coke, blanche, coco, neige, pasta.
- **Crack** : free base.
- **Amphétamines** : Speed, ice, crystal.
- **Ecstasy** : MDMA, pilule de l'amour, ecsta, chamallox, blue Kiss.
- **Kétamine** : K, spécial K, kit Kat.

**Pour en savoir plus sur les différentes drogues : lien suivant avec documents ANPAA « L'essentiel sur... »**

> [www.anpaa.asso.fr/sinformer/addictions-lessentiel-sur/cannabis](http://www.anpaa.asso.fr/sinformer/addictions-lessentiel-sur/cannabis)





## Bibliographies :

- 1 Une approche expérientielle des conduites addictives. Pour en savoir plus :

**MOREL A., COUTERON J.-P. (2008)**, « Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner. », Dunod.

**MOREL A., COUTERON J.-P., FOUILLAND P. (2010)**, « L'Aide-mémoire d'addictologie en 46 notions », Dunod.

**MOREL A., COUTERON J.-P. (2011)**, « Drogues : faut-il interdire? », Tendances psy, Dunod.

**Pour toutes demandes sur les approches expérientielles en addictologie (formations, ressources bibliographiques), contactez l'ARPAE (Association pour la recherche et la Promotion des Approches Expérientielles) : [info@arpae.org](mailto:info@arpae.org)**

- 2 **Aviel GOODMAN** - Psychiatre anglais qui propose en 1990 une définition conforme à celles du DSM4.
- 3 **Marc VALLEUR** - « Des toxicomanies aux addictions » in Toxicomanies, Masson, 2000.
- 4 **Lusher J, Elander J, Bevan D, et al.** « Analgesic addiction and pseudoaddiction in painful chronic illness » Clin J Pain. 2006 ; 22 : 316-24.
- 5 **Source : OFDT** : se référer au lien suivant [http : //www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiora.pdf](http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiora.pdf)
- 6 **J-C Nayebi. (2007)**, « la cyberdépendance en 60 questions », Retz.
- 7 **O. Phan et N. Bastard, (2009)** « jeux vidéo et ados, ne pas diaboliser, pour mieux les accompagner », Edition Pascal .
- 8 **A .Morel, P .Chappard, JP. Couteron, ( 2012 )**, « L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie ». Dunod.





## Les conceptions individuelles d'enfants de cycle 3 sur les addictions : quelques éléments de balisage.

Par Frank Pizon Maître de conférences en sciences de l'éducation Laboratoire ACTÉ EA 4281 ESPé Clermont-Auvergne / Université Blaise Pascal.

La consommation de psychotropes chez les jeunes constitue un enjeu sociétal important pour lequel l'efficacité de la prévention est une question récurrente<sup>(1)</sup>. Les chiffres récents portant sur les consommations des jeunes tendent à montrer une efficacité relative des politiques préventives<sup>(2)</sup>, amenant les éducateurs en santé à souhaiter investiguer d'autres formes d'intervention. Pour autant, lorsqu'il s'agit de s'adresser à de jeunes publics, nous ne savons finalement qu'assez peu

de choses sur leurs conceptions en matière de santé, tout particulièrement autour des pratiques addictives. Nous formulons l'hypothèse qu'une meilleure connaissance de la façon dont les élèves en fin d'école primaire se représentent et conçoivent les addictions, constitue une étape indispensable au développement de stratégies participatives. Nous nous appuyons pour cela sur une recherche auprès d'élèves de CM1 et CM2<sup>(3)</sup> ayant été réalisée en amont de la création de l'outil ADDI ADO.

### Proposition d'un modèle interprétatif des conceptions d'élèves en matière d'addiction

Le postulat éducatif auquel nous nous référons, en amont de nos propos, est celui de l'existence d'un sujet en devenir pour lequel l'enjeu est de développer son autonomie décisionnelle et son émancipation. Ce postulat nous permet d'appréhender les questions liées aux addictions dans une perspective globale renvoyant à la connaissance de soi, des autres et de son environnement dans une approche biopsychosociale. En d'autres termes, le paradigme sous-jacent est celui d'un sujet capable de mobiliser des connaissances (sur un produit ou un non-produit avec ses incidences physiologiques et psychologiques et les risques liés à sa consommation), de percevoir les situations sociales d'interactions entre les sujets en prenant place dans la société dans laquelle il évolue (avec ses valeurs, sa culture et ses interdits) tout en

gérant ses émotions, ses sentiments... Nous savons à présent que lors d'une situation d'initiation tabagique par exemple, c'est la complexité inhérente à la conjugaison de l'ensemble de ces facteurs qui peut rendre si problématique la prise de décision. En nous appuyant sur ce paradigme, nous proposons de délimiter sept domaines structurant notre modèle, lequel doit pouvoir participer à aider l'éducateur en santé à se représenter et à appréhender cette complexité (figure 1)<sup>(4)</sup>.



(1) Voir par exemple les méta-analyses internationales sur l'efficacité des programmes en prévention des addictions (Tobler, 1994, Thomas, 2002).

(2) Cf. principales enquête OFDT 2013 <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat.html>

(3) Le Cours Moyen Première année et Le Cours Moyen deuxième année correspondent au cycle 3 de l'école élémentaire.

(4) Ce modèle a fait l'objet d'une présentation détaillée lors du colloque UNIRÉS d'octobre 2012 (cf. actes du colloque – sous presse).



## Une recherche exploratoire assumant la difficulté d'investiguer les conceptions de jeunes enfants

Nous avons conduit, au sein du laboratoire ACTÉ EA4281<sup>(5)</sup>, une recherche exploratoire auprès d'élèves de 10 à 11 ans, afin de mieux cerner les domaines auxquels ces jeunes enfants font référence lorsqu'ils sont sollicités pour s'exprimer sur le tabac, l'alcool ou d'autres drogues, ainsi que sur les jeux vidéo. Un élément important à souligner concerne le jeune âge du public impliqué dans cette étude. Sa maîtrise du langage écrit, ses capacités de compréhension, notre aptitude à accéder à des éléments implicites et à « faire avec » nos propres représentations d'adultes, notre capacité à recueillir une parole qui ne soit pas sous l'influence de l'autre, ... sont autant de points sur lesquels nous avons souhaité rester attentifs dans le protocole. Pour autant, prudence et modération guideront nos propos. Il est important de souligner également que ces contraintes méthodologiques expliquent peut-être en partie pourquoi très peu de travaux s'intéressent aux conceptions des enfants<sup>(6)</sup>. Les travaux de recherche francophones sont, à notre connaissance, pratiquement inexistant sur cette thématique si l'on considère les écoliers du primaire, c'est-à-dire avant leur scolarisation au collège. Les principales données accessibles proviennent des enquêtes épidémiologiques nationales, lesquelles concernent des jeunes plus âgés à partir de 15 ans (EROPP) voire de 17 ans (ESCAPAD). Cette recherche a été réalisée auprès de 237 élèves de 10 à 11 ans en fin de cycle III

(cours moyen première et deuxième année) dans 11 classes situées dans 7 écoles élémentaires d'Auvergne. Les classes ont été choisies pour leur diversité sociale et leur représentativité des écoles urbaines de la région Auvergne (éducation prioritaire et hors éducation prioritaire) et sur la base du volontariat des enseignants. Le recueil de données a été réalisé sur l'année scolaire 2011-2012 et 2012-2013, sur le temps de classe des élèves en la présence des enseignants. Chaque élève s'est vu affecter un code garantissant un anonymat total des données. Le recueil a consisté à diffuser un questionnaire individuel portant sur des produits (tabac, alcool, drogues) et les jeux vidéos. Les élèves ont été invités à remplir individuellement quatre fiches construites de manière identique. Chacune nécessitait que l'élève inscrive trois affirmations (« des choses dont tu es sûr (e) »), trois rumeurs (« des choses dont tu as entendu parler ») et trois interrogations (« des questions que tu te poses »)<sup>(7)</sup>. L'analyse de contenu a été conduite en effectuant des regroupements d'items par blocs de sens<sup>(8)</sup> afin de déterminer les rubriques significatives permettant une catégorisation des données. Un triple encodage a permis de stabiliser les catégories et sous-catégories opérées. A la suite de cette analyse qualitative, un traitement quantitatif des données a été conduit avec le logiciel SAS 9.3<sup>©</sup>.

## Une grande diversité de conceptions avec une survalorisation du domaine biomédical

Le premier résultat est la grande diversité du recueil réalisé avec 3350 items récoltés<sup>(9)</sup>. La thématique des addictions fait l'objet d'une richesse certaine, et ce, quelque soit le thème abordé, alors même qu'il s'agit d'un public jeune. Les items recueillis se répartissent suivant 19 catégories d'indexation, permettant de balayer l'ensemble de ce qui permet

de caractériser les addictions et les facteurs liés aux pratiques addictives (tableau 1). Si l'on considère chacun des thèmes, on observe que 29,22% (n=979) des items recueillis concernent l'alcool, 26,93% (n=902) le tabac, 23,10% (n= 774) les jeux vidéo et 20,75% (n=695) les drogues.

(5) Ce laboratoire de recherche est basé à l'École Supérieure du Professorat et de l'Éducation Clermont-Auvergne.

(6) Un autre facteur explicatif est la nécessité absolue d'un travail partenarial avec l'Éducation nationale ce qui est le cas dans l'étude que nous présentons ici.

(7) Une seconde phase, que nous ne relaterons pas dans cet article, a porté sur des situations renvoyant à cinq interactions sociales ou des conduites collectives autour de consommations avec ou sans produit (par exemple « Faire la fête, c'est forcément boire de l'alcool », « Un jeune qui fume est plus cool qu'un jeune qui ne fume pas », etc.).

(8) « L'analyse du contenu » par Laurence Bardin, 2001, PUF.

(9) 849 items ont également été recueillis lors de la seconde phase de cette étude exploratoire.



Le second résultat dominant porte sur le déséquilibre observé dans la répartition des items parmi les sept domaines de catégorisation. Le domaine A (identification de la nature et de la dangerosité des produits et non-produits) est très nettement le plus représenté avec 49,40% des items alors que la dimension sociale et sociétale (11,34%, domaine C) et la dimension psychoaffective (6,03%, domaine E) arrivent respectivement en troisième et cinquième position (figure 2). En nous intéressant aux domaines

les plus proches du domaine A le plus représenté, nous observons que le domaine B à l'interaction du social et des produits ou non-produits regroupe 8,57% des items (en portant sur la prévalence perçue dans la population et les messages de prévention) et que le domaine F, à l'interaction du sujet et des produits ou non-produits, regroupe 17,55% des items (en portant sur le niveau d'usage et les effets physiologiques et psychologiques) (tableau 2).

## Des certitudes... enfin presque... des méconnaissances surtout...

Il est intéressant d'identifier ce qui relève de « certitudes », de « questions » ou de « rumeurs » exprimées par les élèves de notre corpus. De ce point de vue, on constate que pour les 4 thèmes (alcool, tabac, drogues et jeux vidéo), les certitudes sont à chaque fois majoritaires (près de 48% pour l'alcool et les jeux vidéos, 46,12% pour le tabac et 41,87% pour les drogues), les rumeurs constituent environ le quart des items de chaque thème tandis que les questions sont plus nombreuses pour les drogues (35,68%) mais aussi pour le tabac (29,83%). Pour affiner ces constats, la lecture des items montre que pour un même élève, une certitude est souvent suivie de son questionnement ou de sa remise en cause montrant son caractère encore non-stabilisé : par exemple « le tabac est dangereux pour la santé » / « est-ce que c'est vrai que le tabac est dangereux pour la santé ? », « quand on fume les poumons deviennent noirs » / « pourquoi est-ce que les poumons deviennent noirs quand on fume ? », « l'alcool, c'est pas bon pour la santé » / « qu'est-ce qu'ils mettent dans l'alcool pour que ce soit dangereux ? ». De plus, le questionnement de l'un peut être la certitude de l'autre et inversement.

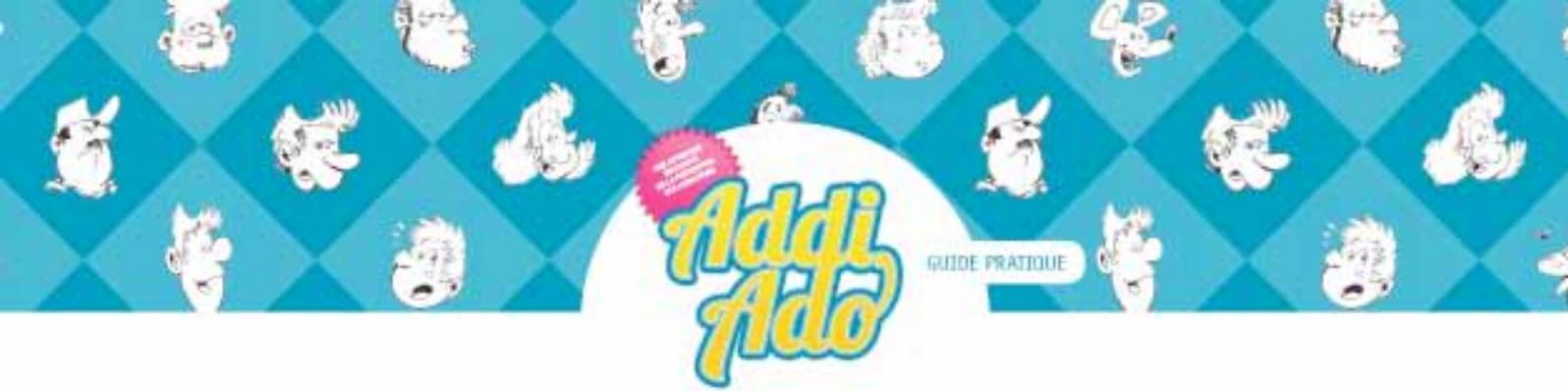
9 849 items ont également été recueillis lors de la seconde phase de cette étude exploratoire.

Nous choisirons ici de nous considérer plus spécifiquement les items relevant des domaines A, B et F, qui constituent 75,52% de notre recueil. Sur l'ensemble du domaine A, la dangerosité, les risques pour la santé et la mort sont les plus représentés avec 384 items avec les caractéristiques du produit

ou du non-produit (190 items)<sup>(10)</sup>, alors que 8 items seulement touchent aux modes de consommation et polyconsommations (avec par exemple pour les drogues : « on injecte un produit dangereux », « la drogue, ça peut être une forme de cigarette ou de piqûre ») et que 1 item seulement est en rapport avec l'aide à l'arrêt (« est-ce qu'il y a des médicaments ? »). Le rapport à la mort est très présent, autant sous forme d'affirmations, de rumeurs que de questions posées, et ce, principalement sur le tabac (« Est-ce que la cigarette tue ? », « Est-ce qu'on peut survivre ? »), et pour l'alcool (« ça (l'alcool) peut tuer quelqu'un », « Est-ce que l'alcool, si on boit beaucoup, on peut mourir ? »), moins pour les drogues en général (« c'est très dangereux, ça peut tuer »). Pour autant, concernant les drogues, nous avons identifié l'expression d'une forte méconnaissance (« Qu'est-ce que c'est la drogue ? », « C'est quoi la drogue ? »). Nous savons que de nombreuses connaissances erronées circulent dans la population générale, et ce recueil montre que dès le plus jeune âge des questions apparaissent et témoignent de l'importance d'apporter de premiers éléments de réponse. Un levier intéressant est le dépassement par certains enfants de la séparation qui voudrait sortir le tabac et l'alcool de la catégorie des drogues (« (les drogues) c'est comme l'alcool », « Shit, alcool, chicha, cigarette », « Est-ce que l'alcool, c'est la même chose que la drogue ? », « La drogue est aussi dans le tabac », « Le jeu vidéo est une drogue »). Un autre élément, plus marginal, est la curiosité autour des produits (« (Les drogues) est-ce que c'est bon ? », « ça a quel goût ? »).

(10) Entre 1999 et 2008, la proportion de personnes adultes qui jugent la consommation de tabac dangereuse dès l'expérimentation a doublé, passant de 21% à 43% (Source OFDT).

(11) Les limites des slogans préventifs ont été à nouveau démontrées par une enquête récente de l'INPES qui souligne que si 71% des 12-30 ans arrivent à restituer qu'il faut « manger cinq fruits et légumes par jour », ils sont seulement 6% à déclarer chercher à mettre en pratique cette préconisation.



Pour le domaine B, 9 items abordent la prévalence dans la population générale et la moitié de ces items font référence à l'adolescence (« Ils disent qu'il y a des jeunes qui boivent de l'alcool », « Que les adolescents étaient souvent drogués », « Pourquoi tout le monde prend du tabac ? »). La restitution des messages de prévention ou recommandations sociales est bien représentée avec 67 items, principalement pour le tabac et l'alcool<sup>(12)</sup>. Elle peut être décrite du point de vue des messages véhiculés (« Fumer, c'est pas bon pour la santé », « L'alcool peut tuer », « Le tabac peut tuer »), avec très peu de référence aux familles (« Ma mère m'a dit que... »). Si l'on considère le registre d'expression, il est constitué uniquement d'affirmations ou de rumeurs avec seulement cinq questions (par exemple « Pourquoi dans les cigarettes il y a des photos de poumons ? », « C'est bien de jouer mais pas trop longtemps ? »).

Pour le domaine F, ce sont l'alcool (26,76 %) et les jeux vidéo (21,32 %) qui sont les plus représentés alors que le tabac est le moins représenté (7,32 %). 60 items permettent de mettre en évidence la perception des niveaux d'usage et du phénomène de dépendance en montrant que les items renvoient aux mécanismes qui engendrent la dépendance (« Comment font-ils pour devenir accros ? », « Est-ce que nous pouvons devenir accros ? », « Pourquoi deviennent-ils directement accros (à l'alcool) ? »). Les jeux vidéo sont cités majoritairement en exemple pour déclarer un usage qui peut devenir problématique (« On devient accro », « L'ordinateur, on peut devenir accro »). Un autre point saillant concerne les incidences physiologiques perçues sur le sujet (136 items). On notera la récurrence de l'expression « rend fou » en lien avec la consommation d'alcool ou d'autres drogues, complétée par d'autres références aux incidences pressenties pour notre cerveau (« ça fait plaisir », « ça abîme notre cerveau », « ça peut nous donner des migraines »).



(12) Un certain nombre d'outils d'animation de groupes d'élèves existent (photoexpression, abaque de Régnier, etc.) qui sont présentés dans l'outil PROFEDUS édité par l'INPES.  
 (13) Voir les pistes pédagogiques évoquées dans le livre de Jacques Fortin : « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle » (Hachette Education).

## En guise de conclusion...

### ■ UN OBJECTIF PRIORITAIRE

Clarifier les connaissances des élèves sur les addictions L'étude que nous venons de présenter nous conforte dans la nécessité de clarifier les différentes connaissances circulant au sein des groupes d'élèves, que ce soit le groupe qui va endosser le rôle d'éducateur ou celui qui bénéficiera de l'intervention de ses pairs. Nous avons vu que beaucoup de questions et d'incertitudes circulent, rendant prioritaire l'apport d'éléments de réponse pour dépasser les idées reçues ou les perceptions erronées<sup>(12)</sup>.

### ■ PRIVILÉGIER LE TERME FÉDÉRATEUR DE « DROGUE » ET ABORDER LA DÉPENDANCE

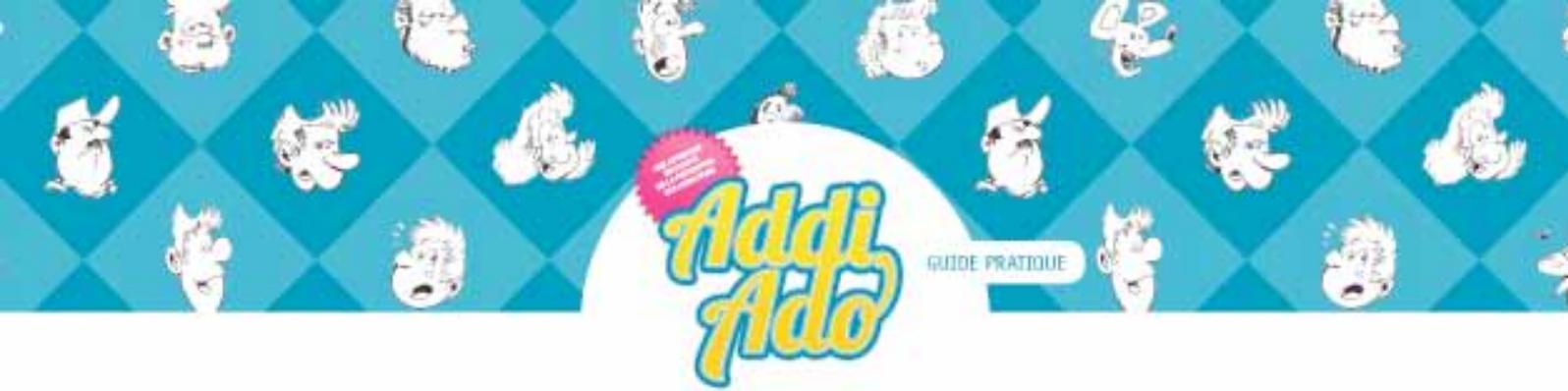
Parler des addictions nécessite de clarifier avec les élèves ce que recoupe le terme de « drogues » afin d'aborder les similitudes entre produits et non-produits et sortir d'une représentation sociale dominante qui tend à donner au tabac et à l'alcool un statut particulier. Nous avons vu également que le lien entre les jeux vidéo et le fait d'être « accro » nous permet de nous rapprocher du vécu des élèves. Cela semble constituer un levier intéressant pour aborder la notion de dépendance et les paradoxes d'une consommation entre plaisir et risques pour sa santé.

### ■ TRAVAILLER SUR LES SENTIMENTS ET LES ÉMOTIONS

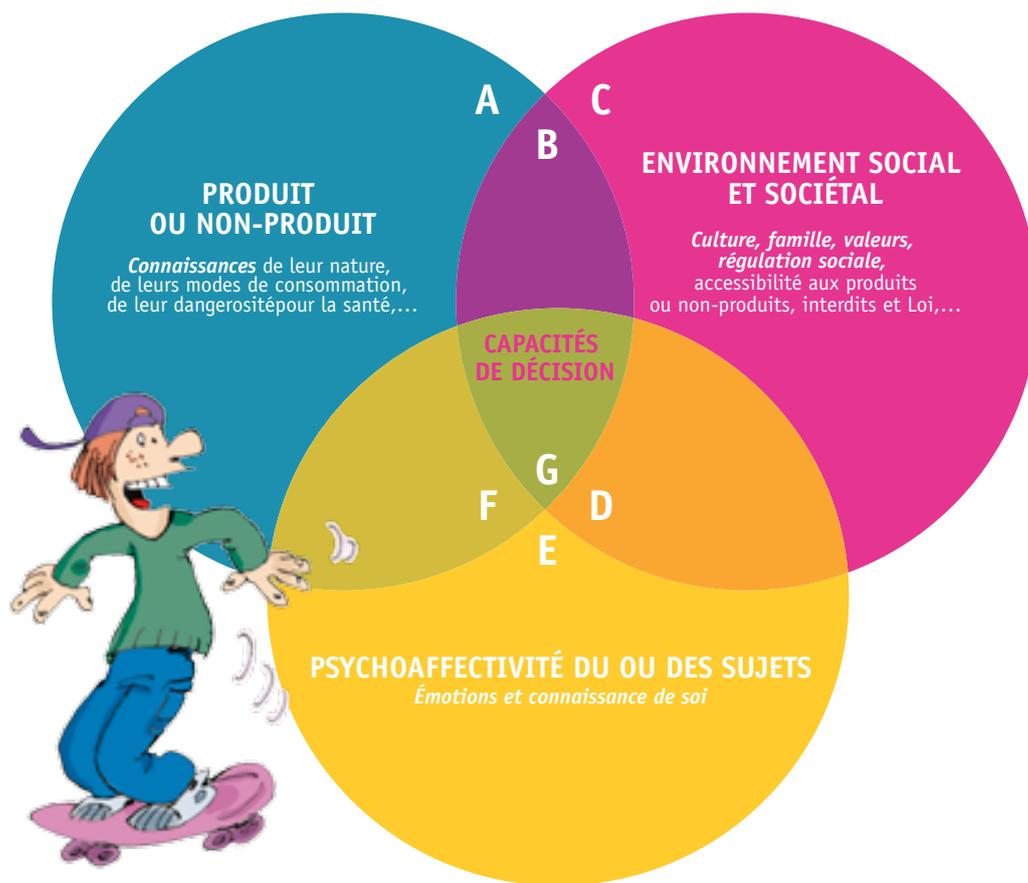
La prise de décisions, par exemple en situation festive dans le cercle familial ou amical, nécessite de clarifier ce qui fait que je vais pouvoir dire « non » et pouvoir gérer ma relation à l'autre, mes propres émotions. Il y a donc là un levier fondamental qui passe notamment par un travail sur la littérature jeunesse<sup>(13)</sup>.



*Nous voyons que parler des addictions à un jeune public et l'impliquer dans la conduite d'interventions sur cette thématique, nous renvoie de fait à une complexité importante mais fondamentale. Faire acquérir des connaissances n'est pas suffisant, le développement des compétences sur le plan psychoaffectif et social constitue probablement un des axes majeurs d'intervention. Il s'agit de les outiller pour s'exprimer et faire exprimer leurs pairs. Il s'agit de considérer le processus développemental porté par une démarche éducative avec la même importance qu'une de ses finalités essentielles : lever le voile d'un implicite que notre société moderne n'est pas toujours prête à lever pour la thématique des addictions. En d'autres termes, apprendre à mettre en mots ce qui n'est que trop souvent laissé à la sphère intime du sujet.*

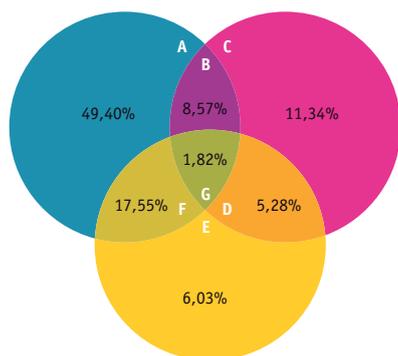


**Figure 1 : Modèle biopsychosocial visant l'autonomisation du sujet dans sa capacité à prendre des décisions en situation complexe en matière de pratique addictive**



Légende : ce modèle permet de délimiter sept domaines à partir de trois entrées principales : biomédicale (A), sociale et sociétale (C), psychoaffective (E), et trois domaines d'interaction : consommations dans l'espace social (B), relations entre le sujet et le corps social avec ses incidences sur le sujet (D), rapport au produit et niveaux d'usage (F).

**Figure 2 : Répartition des items selon les différents domaines**



Domaine	Nombre d'items	%
A	1655	49,40%
B	287	8,57%
C	380	11,34%
D	177	5,28%
E	202	6,03%
F	588	17,55%
G	61	1,82%

Légende : Le domaine A regroupe près de la moitié (49,40%) des items. Un item sur cinq (17,55%) appartient au domaine F et un sur dix (11,34%) au domaine C. Les domaines B, D et E regroupent chacun entre 5% et 10% des items (8,57% ; 5,28% et 6,03% respectivement). Le domaine central G rassemble 1,82% des items.

**Tableau 1 : Répartition des items par domaines selon 19 catégories d'indexation**

Domaine	Contenus (Domaines)	Catégories	Codes
A	Connaissances de la nature des produits psychotropes ou des non-produits, de leurs modes de consommation, de leur dangerosité pour la santé, possibilités d'accompagnement et de soin, ...	Caractéristiques du produit ou non-produit	A1
		Modes de consommation et polyconsommations	A2
		Dangerosité, risques sur la santé, mort	A3
		Prise en charge médicale et aide à l'arrêt	A4
B	Niveau de consommation de populations (adultes, jeunes,...), connaissance des recommandations et messages préventifs.	Prévalence dans la population	B1
		Restitution des messages de prévention ou recommandations sociales	B2
C	Environnement social et sociétal : culture, famille, valeurs, régulation sociale, accessibilité aux produits ou non-produits, interdits et Loi,...	Raisons de création ou d'existence	C1
		Connaissance de la Loi et influence de la Loi sur la consommation (interdits)	C2
		Prix, trafics, commercialisation et accès au produit ou non-produit	C3
		Influences et situations culturelles ou familiales pratiques, situations et stéréotypes)	C4
D	Compétences relationnelles, gestion psychologique et affective des pressions sociales (soumission, résistance, influence des pairs), incidences sociales des consommations	Obligation de consommer et influence des pairs	D1
		Conséquences sociales (transgression, agressions, accidents, prison, confusion virtuel et réel, désocialisation,...)	D2
E	Psychoaffectivité, émotions (inquiétudes, peurs, connaissance de soi,...) en fonction de l'âge, jugement personnel par rapport au produit	Peurs et inquiétude par rapport à soi et image de soi	E1
		Attrait, initiation et Sentiment d'engrenage	E2
		Appréciation de l'image du produit ou du non-produit ou d'une consommation	E3
F	Rapport perçu ou vécu avec les produits ou les non-produits, leurs effets, les attitudes régulatrices, l'accoutumance, l'usage, et les incidences de la dépendance	Perception d'un niveau d'usage (du non-usage à la dépendance)	F1
		Effets physiologiques et psychologiques (ivresse, shoot, détresse, plaisir, manque...)	F2
G	Adopter un comportement favorable à sa santé, prendre soin de soi et des autres, identification des postures et choix possibles, capacité à prendre des décisions alternatives.	Motivations à consommer ou non	G1
		Consommation paradoxale	G2

**Tableau 2 : Répartition des items selon le domaine par thème**

Thèmes	Domaine							TOTAL
	A	B	C	D	E	F	G	
ALCOOL	402	90	86	76	46	262	17	979
	41,06%	9,19%	8,78%	7,76%	4,70%	26,76%	1,74%	100%
TABAC	561	85	94	12	58	66	26	902
	62,20%	9,42%	10,42%	1,33%	6,43%	7,32%	2,88%	100%
DROGUES	380	33	109	35	28	95	15	695
	54,68%	4,75%	15,68%	5,04%	4,03%	13,67%	2,16%	100%
JEUX VIDÉO	312	79	91	54	70	165	3	774
	40,31%	10,21%	11,76%	6,98%	9,04%	21,32%	0,39%	100%
TOTAL	1655	287	380	177	202	588	61	3350
	49,40%	8,57%	11,34%	5,28%	6,03%	17,55%	1,82%	100%

Légende : Les références à la nature du produit et à sa dangerosité (A) sont très nettement majoritaires pour le tabac (62,20%) et les drogues (54,68%), mais beaucoup moins pour les jeux vidéo (40,31%). Les éléments liés à l'environnement social et sociétal (C) sont davantage cités dans la perception de l'image des drogues (15,68%) et beaucoup moins pour l'alcool (8,78%). Concernant l'axe psychoaffectif (E), ce sont les jeux vidéo qui le valorise le plus et les drogues le moins (9,04% vs 4,03%).

## Relation d'aide, accompagnement, soins

Par Virginie Monney, Cédric Kempf, Laura Vacquant, Brigitte Soriano, Françoise Janier.

**Listing (non exhaustif) des structures d'accompagnement et de soins, pour les jeunes et leur entourage, souhaitant une prise en charge dans le cadre de conduites addictives, ou des réponses à leurs questionnements.**

Ces professionnels (médecins, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux, psychologues..), sont des spécialistes de l'écoute et des problématiques liées aux conduites à risque et aux addictions; ils reçoivent en toute confidentialité; la plupart de ces structures assurent un anonymat et une gratuité des Rendez-vous.

### En milieu scolaire :

- *Infirmiers des établissements scolaires*
- *Assistants sociaux des établissements scolaires*
- *Médecins scolaires*
- *Conseillers d'orientation psychologues (COP)*

Tout adulte en qui le jeune aura confiance pour se confier (CPE, personnel de direction, enseignant, adultes relai..); ces professionnels sont soumis à la discrétion professionnelle et travaillent en partenariat avec les personnels médico-sociaux.

### Hors scolaire :

- **Numéros Verts, Numéros Azur**
- *Fil Santé Jeune* : 0800 235 236 (numéro vert, gratuit)
- *Drogues info services* : 0800 23 13 13 (coût appel local)
- *Ecoute alcool* : 0811 91 30 30 (coût appel local)
- *Ecoute cannabis* : 0811 91 20 20 (coût appel local)
- *Ecoute dopage* : 0800 15 20 00 (coût appel local)
- *Tabac info service* : 0825 309 310 (coût appel local)
- *Net Ecoute (cyber harcèlement)* : 0820 200 000 (coût appel local)
- *Troubles du Comportement Alimentaire (TCA)* : 0810 037 037 (coût d'un appel local)
- *Joueurs info service* : 09 74 75 13 13 (8h à 2h tous les jours; appel non surtaxé) [www.joueurs-info-service.fr](http://www.joueurs-info-service.fr)
- *SOS joueurs* : 09 69 39 55 12 (appel non surtaxé) [www.sos-joueurs.eu](http://www.sos-joueurs.eu)
- *Allo écoute ado* (région auvergne) 0800 506 692

### Structures d'accompagnement et de soins

- *Médecins généralistes* (sur RDV et consultation payante)
- *Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en addictologie* (ANPAA)
- *Centres de Soins et d'Accompagnement et de Prévention des Addictions* (CSAPA)
- *Consultations jeunes consommateurs*
- *Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues* (CAARRUD)
- *Centres médico-psychologiques* (CMP) infantiles (jusqu'à 15 ans) et adultes (à partir de 15 ans)
- *Maisons départementales des adolescents* (MDA)
- *Points Info familles* (PIF), *Points Info Jeunesse* (PIJ)
- *Centres sociaux; centres sociaux ruraux;*
- *Missions locales*
- *Associations d'aide aux victimes d'infractions pénales* (se renseigner auprès des TGI) : dans l'Allier : « association Justice et Citoyenneté 03»
- *Autres structures* selon les initiatives locales, départementales et régionales.



### Et aussi... :

- **Jeux dangereux, jeux de non oxygénation :**
  - *Jeux dangereux* : Jeux de non-oxygénation, jeux d'attaque, jeux d'agression : Site SOS Benjamin : Observatoire National d'Etudes des Conduites à Risque : [www.jeuxdangereux.fr/](http://www.jeuxdangereux.fr/)
  - *Jeux du foulard* : site de l'association de parents d'enfants accidentés par strangulation [www.jeudufoulard.com/](http://www.jeudufoulard.com/) 06 21 45 41 86 ou 06 13 42 97 85
- **Harcèlement entre pairs, harcèlement à l'école**
  - *Site* : [www.agircontreleharcelementalecole.gouv.fr](http://www.agircontreleharcelementalecole.gouv.fr)
  - *N° stop harcèlement* : 0 808 807 010
  - *N° Net Ecoute* (cyberharcèlement) : 0800 200 000

Par Virginie Monney, Cédric Kempf, Laura Vacquant,  
Brigitte Soriano, Françoise Janier.

## Ressources documentaires, bibliographiques, et sitographiques

(Liste non exhaustive)

### ÉDUCATION À LA SANTÉ ET À LA CITOYENNETÉ

#### Sites Internet :

- **Site de l'INPES** (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) : [www.inpes.sante.fr/](http://www.inpes.sante.fr/)
- **Site de l'INSERM** : (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) : [www.inserm.fr](http://www.inserm.fr)
- **Site de l'UNIRÉS** (Réseau des Universités pour l'Éducation à la santé) : [www.unires-edusante.fr](http://www.unires-edusante.fr)
- **Site Eduscol** (portail national des professionnels de l'Éducation) : [www.eduscol.education.fr](http://www.eduscol.education.fr)
- **Le site santé du Ministère des Affaires sociales et de la Santé** : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- **Le site du réseau des Crips** : [www.lecrips.net](http://www.lecrips.net)
- **Le site du réseau SCEREN (CNDP-CRDP)** :  
(centre national de documentation pédagogique- centres régionaux de documentation pédagogique) : [www.cndp.fr](http://www.cndp.fr)
- **Le site PIPSA (Pédagogie Interactive en Promotion de la Santé)** :  
site dédié aux outils en éducation à la santé : [www.pipsa.be/](http://www.pipsa.be/)
- **Le site de l'ADOSÉ** : Action et Documentation Santé pour l'Éducation Nationale (sous l'égide de la MGEN) : [www.adosen-sante.com](http://www.adosen-sante.com)
- **Le site de l'Agence Régionale de Santé Auvergne** : [www.ars.auvergne.sante.fr/](http://www.ars.auvergne.sante.fr/)

Et plus largement les sites des ARS

- **Le site du GARESC** :  
Groupe Allier de Ressources en Éducation à la Santé et à la Citoyenneté : [www.crdp-pupitre.ac-clermont.fr/garesc](http://www.crdp-pupitre.ac-clermont.fr/garesc)

#### Bibliographie / enquête / outils

- **Baromètre santé** : Observatoire des comportements des Français pour orienter les politiques de santé publique : voir « Baromètre Santé des Jeunes 2010 – les comportements de santé des jeunes » Voir site de l'INPES
- **Enquête HBSC** : Health Behaviour in School-aged Children : enquête menée auprès des élèves de 11 à 15 ans, tous les 4 ans, à l'initiative de l'OMS ; plus de 40 pays y participent, principalement en Europe, dont la France.  
Dernière publication :  
la santé des collégiens en France/2010 : données françaises de l'enquête internationale HBSC. Voir site de l'INPES.
- **Ouvrage Éducation à la santé en milieu scolaire** : choisir, élaborer et développer un projet Sandrine Broussouloux et Nathalie Houzelle-Marchal (éditions INPES).
- **Outil Profedus** : Promouvoir la formation des enseignants en éducation à la santé (édition INPES).

#### Bibliographie :

- **Regards croisés sur l'adolescence** :  
Marcel Rufo et Marie Choquet. Ed. Le Livre de Poche ou Ed. A.Carrière.
- **La vie en désordre, voyage de l'adolescence** : Marcel Rufo. Editions. Anne Carrière.
- **Adolescence** : repères pour les parents et les professionnels, Philippe Jeammet, Paris, Ed. Syros, 2012.
- **« Les conduites à risque à l'adolescence »** :  
Dr Robert Courtois. Ed. Dunod.
- **Didier Jourdan. La santé à l'école** : « Permettre aux élèves de se prendre en charge de manière plus autonome, y compris pour leur santé »,  
La santé de l'homme - N° 407 - Mai - Juin 2010 : p12-14.

#### Vidéo :

- **Conférence « adolescence, un questionnement permanent » psychiatre** : Dr Inès Dedenon : chaîne YouTube ou site [www.lyceedurzy.com](http://www.lyceedurzy.com)
- **« L'Adolescence et les conduites à risque »** :  
Dr Guillaume, pédopsychiatre. Santé et Adolescence. Dijon-Santé-Côte d'Or. Bulletin n°20. [www.dijon-sante.fr](http://www.dijon-sante.fr) ou chaîne YouTube.
- **« Les conduites à risque à l'adolescence »** :  
interview du Dr Robert Courtois. Chaîne YouTube.

### PRÉVENTION DES ADDICTIONS ET DES CONDUITES ADDICTIVES

#### Sites Internet :

- **Site MILDT** : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies [www.drogues.gouv.fr/](http://www.drogues.gouv.fr/)  
Par décret du 13 mars 2014, la MILDT change d'appellation et devient la MILDECA (Mission interministérielle de la lutte contre les drogues et les conduites addictives).  
Espace professionnel : [www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/accueil/](http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/accueil/)
- **Site de l'OFDT** : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies : [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)
- **Site de l'OEDT** : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies : [www.europa.eu/legislation\\_summaries/justice\\_freedom\\_security/combating\\_drugs/c11518\\_fr.htm](http://www.europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_drugs/c11518_fr.htm)
- **Site Eduscol** :  
• Rubrique prévention des conduites addictives : [www.eduscol.education.fr/pid23369-cid54920/-prevention-des-conduites-addictives.html](http://www.eduscol.education.fr/pid23369-cid54920/-prevention-des-conduites-addictives.html)  
• Guide d'intervention en milieu scolaire-prévention des conduites addictives 2010-2011



- **Site de l'ANPAA :**  
Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie : [www.anpaa.asso.fr/](http://www.anpaa.asso.fr/)
- **Site de Fédération addiction :** [www.federationaddiction.fr/](http://www.federationaddiction.fr/)
- **Site Drogues-alcool-tabac info service :**  
[www.e-sante.fr/drogues-alcool-tabac-info-service-113-se-decline-en-trois-nouveaux-numeros/actualite/357](http://www.e-sante.fr/drogues-alcool-tabac-info-service-113-se-decline-en-trois-nouveaux-numeros/actualite/357)
- **Drogues-info-service :** [www.drogues-info-service.fr/](http://www.drogues-info-service.fr/)
- **Alcool-info-service :** [www.alcool-info-service.fr/](http://www.alcool-info-service.fr/)
- **Tabac-info-service :** [www.tabac-info-service.fr/](http://www.tabac-info-service.fr/)
- **Site du Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Education Populaire et de la Vie associative** [www.sports.gouv.fr/](http://www.sports.gouv.fr/)  
Voir rubrique prévention, et notamment « dopage ».
- **Site de l'Institut Fédératif des addictions comportementales (CHU et Université de Nantes) :** [www.ifac-addictions.fr](http://www.ifac-addictions.fr)

- **Site de la Ligue contre le Cancer :** [www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net)
- **Site Addictions auvergne :**  
site d'informations et de ressources sur les addictions par le CHU de Clermont Ferrand : [www.addictions-auvergne.fr/site/](http://www.addictions-auvergne.fr/site/)
- **Site Addict prev (auvergnat) :**  
[www.addictprev.fr/index.php?maregion=3](http://www.addictprev.fr/index.php?maregion=3)

Site géré par le service de santé inter-universitaire destiné aux étudiants et aux jeunes, consacré aux addictions et à la qualité de vie des étudiants.

- **Site pass-age.fr :** pass'web pour les jeunes proposé par le Conseil Général du Bas-Rhin : [www.pass-age.fr/](http://www.pass-age.fr/)
- **Site Addiction suisse :** [www.addictionsuisse.ch/](http://www.addictionsuisse.ch/)
- **Site Ciao.ch (suisse) :** site destiné aux adolescents : [www.ciao.ch/f/#](http://www.ciao.ch/f/#)

Attention ! législation suisse différente de la législation française.

## ■ BIBLIOGRAPHIE | ENQUÊTE | OUTILS

### • Bibliographie :

- **Ces dépendances qui nous gouvernent ;** Pr. William Lowenstein, Essai. Ed Calmann-Lévy ou Ed. Le Livre de Poche.
- **Les drogues,** W.Lowenstein, O. Phan, JP tarot, P. Simon ; Essai, Ed. Librio.
- **Jeux vidéos et Ados :** Ne pas diaboliser, pour mieux les accompagner ; Docteur Olivier Phan et Nathalie Bastard ; éditions Pascal, 2009.
- **La cyberdépendance en 60 questions ;** Jean-Charles NAYEBI ; édition RETZ.
- **Le cannabis et ses risques à l'adolescence :** H.Chabrol, M.Choquet, J.Constantin. Ed. Ellipses.
- **« Face au haschich en collège et en lycée, Comprendre, repérer, agir »** Gisèle Bastrenta, CRDP de Grenoble, 205 p., 2005.
- **Tabac, alcool, drogues, la prévention au lycée ;** Frank Pizon et Didier Jourdan ; Ed L'Harmattan.

### Enquêtes - recherches scientifiques :

- **Enquêtes ESCAPAD :** voir site de l'OFDT : [www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/escapad.html](http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/escapad.html)

Autres outils d'animation de séances de prévention des conduites addictives : voir les sites de l'INPES, MILDECA, ANPAA.

## ■ POUR ALLER PLUS LOIN :

### Jeux dangereux et pratiques violentes :

- **Site Eduscol :** Rubrique jeux dangereux et pratiques violentes : [www.eduscol.education.fr/cid47712/jeux-dangereux-pratiques-violentes.html](http://www.eduscol.education.fr/cid47712/jeux-dangereux-pratiques-violentes.html)
- **Brochure :** « les jeux dangereux et les pratiques violentes », 2007. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche.
- **Guide d'intervention en milieu scolaire** « jeux dangereux et pratiques violentes », 2011. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche.
- **Hélène Romano,** « L'enfant et les jeux dangereux », Dunod, 2012.
- **Jeux dangereux : jeux de non-oxygénation, jeux d'attaque, jeux d'agression :** Site SOS Benjamin Observatoire National d'Etudes des Conduites à Risque : [www.jeuxdangereux.fr/](http://www.jeuxdangereux.fr/)  
06.33.63.72.06 ou 06.65.79.66.48
- **Jeux du foulard :** site de l'association de parents d'enfants accidentés par strangulation [www.jeudufoulard.com/](http://www.jeudufoulard.com/)

Attention ! Ces deux derniers sites et les outils présentés ne sont ni destinés ni adaptés aux jeunes.

### Harcèlement entre pairs, harcèlement à l'école :

- **Site :** [www.agircontrelharcelementalecole.gouv.fr](http://www.agircontrelharcelementalecole.gouv.fr)  
Diverses ressources et outils pédagogiques disponibles en ligne.



UNE APPROCHE  
EDUCATIVE  
DE LA PREVENTION  
DES ADDICTIONS

# Addi Ado



© TOUS DROITS RÉSERVÉS 2014



Avec le soutien :



Diffusé par l'AFAR



En partenariat avec :

