



# **LA PREVENTION DES ADDICTIONS/TOXICOMANIES EN MILIEU SCOLAIRE.**

## **Synthèse bibliographique**

- Juin 2004 -

## Avant propos

### Synthèse bibliographique

Ce rapport intermédiaire est une synthèse bibliographique sur la prévention des addictions et des toxicomanies en milieu scolaire.

Il constitue la première partie d'un rapport sur la prévention des addictions en milieu scolaire qui a été demandé au Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et Dépendances (CIRDD Ain – Loire – Rhône) par le chef de projet Drogues et Dépendances du département de l'Ain.

Ce rapport a été réalisé par Patricia MEDINA, sociologue à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) pour le CIRDD Ain – Loire – Rhône

Catherine MIACHON, sociologue

Coordinatrice CIRDD

## - SOMMAIRE -

<b><u>1 - Toxicomanies et addictions : de quoi parle-t-on ?</u></b>	p.7
<b>1.1 Définitions : quelques repères pour mieux comprendre les mots et les enjeux</b>	p.7
1.1.1 Toxicomanie et drogue	p.7
1.1.2. Addiction	p.8
1.1.3 Addictions aux substances toxiques : drogues « dures » et drogues « douces »	p.10
<b>1.2 De la consommation à l'addiction</b>	p.12
1.2.1 L'usage :	p.12
1.2.2 L'usage nocif / l'abus:	p.13
1.2.3 La dépendance :	p.13
1.2.3 La polyconsommation	p.13
<b>1.3 Du « vice » à la maladie : le statut social de la dépendance, de l'addiction</b>	p.14
<b><u>2. Les addictions chez les adolescents</u></b>	p.16
<b>2.1 Violence et rites de passage à l'adolescence</b>	p.16
<b>2.2 Les adolescents et les toxicomanies : quelques repères chiffrés</b>	p.18

<b><u>3. La prévention des addictions et l'éducation pour la santé auprès des adolescents : les approches</u></b>	p.22
<b>3.1 Le cadre conceptuel de la prévention</b>	p.22
3.1.1 La prévention-information	p.22
3.1.2 La prévention-éducation pour la santé	p.23
3.1.3 La prévention-promotion de la santé	p.24
3.1.4 Prévention primaire, secondaire, tertiaire	p.25
3.1.5 Prévention universelle, prévention sélective	p.26
3.1.6 Les objectifs de la prévention : de l'abstinence à la gestion des risques et des consommations	p.27
<b>3.2 La prévention, l'éducation pour la santé chez les adolescents</b>	p.29
<b>3.3 Le cadre juridique : outil de répression, outil de prévention</b>	p.30
3.3.1 Statut des substances licites	p.30
3.3.2 Statut des substances illicites	p.34
3.3.3 Protection des mineurs et prévention des risques	p.36
<b>3.4 l'Education Nationale et l'éducation à la santé</b>	p.37
<b>3.5 Le cadre politique actuel : plan gouvernemental et charte académique de l'Ain</b>	p.40
3.5.1 Le plan gouvernemental de lutte contre la drogue	p.40
3.5.2 la charte académique de l'Ain	p.40

<b><u>4. La prévention en milieu scolaire : les acteurs et les pratiques</u></b>	p.42
<b>4.1 Les acteurs</b>	p.42
4.1.1 Les parents	p.42
4.1.2 Les enseignants, les équipes éducatives	p.43
4.1.3 Les professionnels de la prévention	p.44
4.1.4 Les élèves	p.44
<b>4.2 Les différents types d'actions de prévention</b>	p.45
4.2.1 Approche directement centrée sur les toxicomanies	p.46
4.2.2 Approche visant à modifier l'environnement immédiat	p.46
4.2.3 Approche indirecte	p.46
4.2.4 Approche orientée vers le sujet	p.46
4.2.5 Approche santé globale et déspecialisée	p.47
<b>4.3 Les thèmes des actions de prévention</b>	p.47
4.3.1 Le tabac	p.48
4.3.2 L'alcool	p.48
4.3.3 Les drogues illicites	p.49
<b><u>5. Synthèse</u></b>	p.50

## Introduction

Cette synthèse s'ouvre sur une mise au point lexicale. Il a semblé important de **définir les termes** comme « **toxicomanie** », « **addiction** », mais également « **dépendance** » ou « **usage abusif** », afin de bien repérer **quelles réalités** et **quels enjeux** recouvraient les mots. Avant de parler de prévention, il était ainsi nécessaire de **bien repérer les problèmes** qui pouvaient susciter des actions de prévention.

Dans un second temps, nous nous sommes attachés à comprendre ce qui peut être **spécifique en matière d'addictions chez les adolescents**, tant au niveau des **problématiques** liées à cette tranche d'âge, que **des tendances chiffrées** qui nous donnent un aperçu de la réalité des consommations actuelles des adolescents.

La prévention spécifiquement adressée aux adolescents fait l'objet d'un troisième chapitre, dans lequel nous avons posé les principaux repères en matière de **cadres juridiques, conceptuels, politiques**.

Enfin, la dernière partie de cette synthèse est consacrée à la **prévention en milieu scolaire, en terme d'acteurs et de types d'actions**.

# 1. Toxicomanies et addictions : de quoi parle-t-on ?

## 1.1 Définitions : quelques repères pour mieux comprendre les mots et les enjeux

### 1.1.1 Toxicomanie et drogue

L'Organisation Mondiale de la Santé donne la définition suivante du terme « toxicomanie » :

*« La toxicomanie ou assuétude est un état chronique ou périodique engendré par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique. Ses caractéristiques sont notamment :*

- un invincible désir ou un besoin de continuer à consommer de la drogue et de se la procurer par tous les moyens*
- une tendance à augmenter les doses*
- une dépendance psychique et généralement physique à l'égard des effets de la drogue*
- des effets nuisibles à l'individu et à la société. »*

Le terme de « toxicomanie » est souvent lié à celui de « **drogue** », et à la notion de « **pathologie** », ce qui renvoie à des conflits d'intérêts quant au **statut de certains produits** qui étaient et sont souvent encore **socialement acceptables**, voire **socialement valorisés et valorisants**.

Ainsi le **tabac et l'alcool** sont-ils reconnus comme des « **drogues** » pouvant engendrer une « **toxicomanie** » par une large partie de la **communauté scientifique**, alors que la société, du fait de la légalité de ces produits, voire de leur ancrage multi-séculaire dans l'économie et la culture nationales ne les intègre pas

dans cette catégorie. Dans les **représentations « ordinaires »**, le terme « drogue » est davantage associée aux **substances illicites**.

**L'assimilation du tabac à une drogue** semble néanmoins faire l'objet d'un **consensus de plus en plus large**. Les évolutions en matière de **législation** nationale et européenne, et d'une manière générale en matière de **politiques de santé publique** (notamment au travers de la lutte contre le cancer, devenue depuis quelques années une priorité nationale) le démontrent.

**L'alcool** en revanche, malgré une abondante littérature sur la questions de ses effets nocifs, **résiste à une classification en tant que « drogue »**. La **législation est ainsi moins contraignante** vis-à-vis de l'alcool que du tabac (publicité, marketing, prix de vente, etc...), voire est parfois ouvertement favorable à sa production (nouvelles dispositions de 2003 concernant les « bouilleurs de cru »). Même si l'alcool est « scientifiquement » considéré comme une drogue, dans la pratique il ne fait pas l'objet de fortes mesures coercitives, ce qui témoigne de sa forte acceptation sociale...

### 1.1.2. Addiction

Le terme d'addiction n'est **pas synonyme de celui de « toxicomanie »** : alors que la toxicomanie renvoie à la consommation d'une substance toxique, le terme d'addiction peut être utilisé dans le cadre d'une **problématique comportementale** (par exemple la pratique du jeu de manière pathologique), ce qui fait l'objet d'un débat complexe au sein de la communauté scientifique<sup>1</sup>.

Ainsi, si le jeu pathologique est clairement repéré comme une « dépendance » au point de vue clinique et phénoménologique, il n'est pas toujours considéré comme une « addiction », ce terme étant réservé par une partie des scientifiques à la consommation de produits psychotropes qui conduisent à des changements à long terme des circuits de récompense.

---

<sup>1</sup> Les addictions sans drogues, Marc Valleur, Dan Veléa, Tema, revue Toxibase, n° 6, juin 2002

Pour les scientifiques qui, au contraire, intègrent la problématique comportementale, les addictions font l'objet d'une classification et d'une définition, qui montrent clairement que **les toxicomanies ne sont qu'une des formes possibles des addictions.**

Aviel Goodman<sup>2</sup> définit ainsi les addictions selon plusieurs critères :

A/ Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement

B/ Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.

C/ Plaisir ou soulagement pendant sa durée.

D/ sensation de perte de contrôle pendant le comportement

E/ Présence d'au moins 5 des 9 critères suivants :

1- Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation

2- Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine

3- Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement

4- Temps important consacré à préparer les épisodes et à les entreprendre, ou à s'en remettre.

5 - Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.

6 - Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.

7 - Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.

8 - Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.

---

<sup>2</sup> A. Goodmen, *Addiction : definitions and implications* British Journal of Addiction, 1990, 85, 1403-1408

9 – Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

F/ certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue

M. Jacquet et A.Rigaud<sup>3</sup> se fondant sur cette définition repèrent ainsi parmi les addictions, **la dépendance à une substance**, mais également d'autres comportements comme le jeu pathologique, la boulimie, l'anorexie mentale, la pyromanie, les achats compulsifs, .... Dans tous les cas, **les dimensions psychologiques et sociologiques sont présentes.**

### **1.1.3 Addictions aux substances toxiques : drogues « dures » et drogues « douces »**

Les substances psychoactives qui peuvent donner lieu à une dépendance et à une addiction peuvent globalement être classées en trois grandes catégories<sup>4</sup> :

**- Les stupéfiants :**

- **opiacés** (opium, morphine, héroïne)
- **hallucinogènes** (LSD, champignons hallucinogènes, cannabis, ...)
- **psychostimulants** (cocaïne, amphétamines, ecstasy, ..)

**- Les médicaments détournés de leur usage** (tranquillisants, barbituriques, analgésiques, médicaments de substitution tels la Méthadone, le Subutex...)

**- les autres substances** (tabac, alcool, solvants volatiles).

Parmi ces substances certaines sont **licites d'autres illicites**, certaines sont en **vente libre**, d'autres sont uniquement vendues **sur prescription**, certaines sont

---

<sup>3</sup> M.M. Jacquet et A. Rigaud, *Emergence de la notion d'addiction*. In : Le Poulichet (dir.) : les addictions, Paris, PUF, 2000.

<sup>4</sup> INRP, Bachmann C., Karsenti M. - *Prévention des toxicomanies en milieu scolaire*. - Paris INRP, 1996.-144p.

considérées comme des **drogues « douces »**, d'autres comme des **drogues « dures »**.

S'il est aisé de repérer les substances qui sont légalement interdites à la vente et à la consommation, en se basant sur la loi, et celles qui tout en étant licites nécessitent une prescription médicale, il n'en va pas de même en ce qui concerne **la distinction « drogues dures » et « drogues douces »**.

Cette dernière **distinction fait débat** en France comme à l'étranger<sup>5</sup>, et certains auteurs posent néanmoins la nécessité **de distinguer la toxicité de la substance, la dépendance** qu'elle peut engendrer, et la **tolérance** dont elle bénéficie dans l'organisme humain :

*« Les drogues douces contiennent des doses de produits toxiques à des concentrations très inférieures à celles des drogues dures. Or en matière de drogue, c'est la dose qui fait le poison. Mais ce critère de pharmacologie ne recoupe pas exactement ceux de dépendance et de tolérance. Ainsi, par exemple, le LSD est considéré comme une drogue dure, alors qu'il n'engendre qu'une faible dépendance et une tolérance nulle, en raison de sa formidable puissance par milligramme de substance. A l'inverse on peut considérer l'opium comme une douce, bien qu'il engendre une forte dépendance, car le pourcentage de principe actif qu'il contient est vingt fois inférieur à celui de la morphine ».*

Ainsi les **drogues « douces » ne sont pas forcément celles qui engendrent une moindre dépendance**, mais celles qui seraient les moins toxiques. On peut encore ajouter que presque toutes les drogues dites « douces » sont des drogues « naturelles » (tabac, alcool, cannabis, coca, ...), alors que les drogues « dures » sont souvent synthétiques ou semi-synthétiques (y compris la plupart des médicaments détournés).

Les **juristes** s'interrogent également sur la pertinence des classifications actuelles, étant donné les évolutions des connaissances sur la toxicité des substances : « A la

---

<sup>5</sup> INRP, Bachmann C., Karsenti M.-*Prévention des toxicomanies en milieu scolaire*.- Paris INRP, 1996.-144p

*lumière des connaissances nouvelles en matière de neurobiologie et de pharmacologie, la distinction drogues licites et drogues illicites, sur laquelle s'appuie la loi de 1970, ne paraît pas fondée sur une base scientifique cohérente. En effet, la consommation de substances psychoactives licites peut avoir des conséquences et des effets aussi dangereux que ceux des produits illicites inscrits au tableau des stupéfiants.* »<sup>6</sup>. Ce questionnement renvoie au **statut actuel de l'alcool**, mais également à la problématique autour de la « **banalisation** » du cannabis.

## **1.2 De la consommation à l'addiction**

Il est très important de souligner que **la notion de consommation -ou d'usage- ne saurait être confondue avec celle d'addiction.**

Plusieurs auteurs s'accordent à dire qu'il faut établir une **distinction entre les différents usages des substances toxiques** : Marie Choquet et Christophe Lagadic<sup>7</sup> soulignent ainsi que la **toxicomanie est un phénomène multifactoriel** et que le « *processus de la consommation à l'addiction est complexe, long, discontinu* ». Le livre d'information produit en 2000 par le CFES et la MILDT « Drogues Savoir Plus Risquer Moins » distingue ainsi 4 situations de consommation :

### **1.2.1 L'usage**

« *L'usage est une consommation de substances psychoactives qui n'entraîne ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives pour les autres* », cet usage concerne les consommations expérimentales (effectuées par curiosité) et les consommations « occasionnelles et modérées », qui

---

<sup>6</sup> Bulletin Officiel de l'Education Nationale, de la Recherche et de la technologie, Numéro hors-série. *Repères pour la prévention des conduites à risques*. Vol.2 : Guide théorique.

<sup>7</sup> Marie Choquet, Christophe Lagadic, *Evaluation en milieu scolaire d'un programme de prévention primaire en matière de toxicomanie*, INSERM – U.472, OFDT, 1999

peuvent notamment concerner l'alcool. Les auteurs concluent que **« l'usage n'entraîne pas d'escalade dans la grande majorité des cas »**.

### 1.2.2 l'usage nocif / l'abus

*« L'usage nocif ou usage à problème est une consommation susceptible de provoquer des dommages physiques, affectifs, psychologiques ou sociaux pour le consommateur et pour son environnement proche ou lointain »*, cet **usage peut entraîner des maladies, des décès** dans certains cas, voire entraîner des **dommages pour les autres**.

### 1.2.3 La dépendance

*« Elle est installée quand on ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrances physiques et ou psychiques »*. On distingue deux formes possibles de dépendance : la **dépendance psychique et la dépendance physique** (liée à la problématique du sevrage). La notion de dépendance rejoint donc celle de **l'addiction**.

### 1.2.4 La polyconsommation

La consommation de plusieurs substances psychoactives de manière régulière peut se produire sous deux formes différentes :

- La personne fait un usage régulier de plusieurs produits
- La personne associe plusieurs produits à la fois dans un même moment

**« Conjugués, les effets des produits peuvent être amplifiés, entraînant des risques plus graves pour la santé. »**

La toxicité des différentes substances et la dépendance qu'elles peuvent créer ne sont jamais les seuls facteurs à être à l'origine d'un abus nocif ou d'une dépendance, voire d'une polyconsommation. Le processus d'addiction s'appuie, comme on l'a déjà souligné, sur des facteurs d'ordre psychologique, sociologique.

En tout état de cause, une consommation occasionnelle ne saurait être confondue avec une dépendance, **et aucune substance ne crée par elle-même, mécaniquement, un phénomène de dépendance.**

Comme le souligne Nicole Maestracci dans la brochure intitulée « les drogues, savoir plus, risquer moins » : « *Aujourd'hui, nous savons que pour évaluer la dangerosité d'une situation, les comportements et les contextes de consommation sont au moins aussi déterminants que les produits eux-mêmes.* »

### **1.3 Du « vice » à la maladie : le statut social de la dépendance, de l'addiction**

Les phénomènes de toxicomanie et d'addiction n'ont pas toujours été considérés de la même manière par la société, et il fut un temps où les notions de **moralité** et de **vertu** étaient fortement opposées aux comportements d'addictions.

C'est à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle que la dépendance à l'alcool (« ivrognerie ») ou au jeu commencent à être considérées comme des maladies par certains médecins humanistes : en 1850 Magnus Huss introduit la **notion d'alcoolisme, décrit comme une intoxication chronique**, en remplacement de celle « d'ivrognerie », et en 1875 l'auteur nord-américain Benjamin Rush dans « An inquiry on the effects of ardent spirits upon the human body and mind » pose les addictions comme étant l'objet d'un champ médical propre... Néanmoins, comme le soulignent Marc Valleur et Dan Velea<sup>8</sup> : « *Toutes les questions les plus actuelles sur les addictions montrent que le partage des champs de la justice et de la morale, de la médecine et de la maladie est toujours en refonte, et que les frontières entre normalité, crime et*

---

<sup>8</sup> Marc Valleur, Dan Velea, *Les addictions sans drogue(s)*, Thema, Toxibase n°6 – Juin 2002

*pathologie ne peuvent simplement dépendre de vérifications scientifiques de facteurs biologiques. »*

Aujourd'hui, même si le mot « vice » n'est plus usité par les professionnels, et encore moins par les politiques, pour décrire ou expliquer le phénomène des addictions, on ne peut pour autant considérer que la société, dans son ensemble, range les addictions au rang de maladie, et que les notions de « vertu » ou de « morale » ont totalement été évacuées des débats ou du moins des discours, dans certaines parties de la société.

**La « tentation morale »** dans l'explication ou la compréhension des addictions reste toujours d'actualité.

## 2. Les addictions chez les adolescents

### 2.1 Violence et rites de passage à l'adolescence

Pour interroger la place et le rôle des comportements d'addiction à l'adolescence, il est indispensable d'interroger au préalable ce que l'on **nomme « adolescence »**...

Des anthropologues comme Margaret Mead ont mis en lumière le fait que la **période de l'adolescence** ne correspondait à **aucune catégorie mentale**, ni à aucune réalité tangible dans **certaines cultures très éloignées** de la culture occidentale. Ainsi pour certains peuples, si le corps subit des transformations à la puberté, **le passage de l'enfance à l'âge adulte peut se faire très rapidement**, au cours d'un **événement** (« rite de passage ») plutôt qu'au cours d'une période plus ou moins longue. La jeune fille, par le mariage par exemple, ou le jeune garçon par sa participation à un rituel d'intronisation au monde des adultes, **changent de statut** par le fait d'une **mécanique sociale, traditionnelle, qui n'est pas discutée, qui « va de soi », qui est prévue, conforme**. Les adultes « extirpent » les jeunes du monde de l'enfance pour les faire entrer dans leur monde, (avec tout ce que cela comporte comme accession aux responsabilités, obligations, tâches à accomplir etc)... Ces **rituels qui marquent le passage** d'un statut à un autre, contiennent une **certaine forme de violence, notamment physique**, dont le rôle est de **symboliser, de marquer cette « deuxième naissance »**, qui donne à la fois les **limites du « soi »** tant au plan psychique que physique, et qui permet le passage à l'âge adulte. Dans certaines sociétés traditionnelles, l'adolescence n'est donc pas cette période (plus ou moins longue) de quête identitaire, de malaise (plus ou moins intense) que l'on tient pour universelle dans les sociétés industrialisées : **l'adolescence n'existe pas toujours, partout, ou du moins pas sous la même forme. L'adolescence est aussi culturelle.**

Les **sociétés industrielles** ont également connu **des marqueurs sociaux** qui symbolisaient fortement le passage de l'enfance à l'âge adulte : le mariage, le premier emploi pouvaient jouer ce rôle de « deuxième naissance ». Mais à l'heure de ce que Olivier Galland appelle **l'allongement de la jeunesse** <sup>9</sup>, dans nos sociétés où l'âge du mariage ne cesse de reculer, comme celui de l'accession à un premier emploi, et où la symbolique de ces événements s'est considérablement affaiblie, il semble que **le passage de l'enfance à l'âge adulte devienne de plus en plus difficile, voire incertain.**

Pascal Le Rest<sup>10</sup> fait par ailleurs le constat de **l'érosion des rites de passage**, et également celui de la **dévaluation du rôle des pères** : « *en l'absence de rites, en l'absence d'adultes, les adolescents cherchent un sens à leur vie* ». Pour un certain nombre de jeunes il apparaît ainsi qu'il n'y a pas d'adulte pour les sortir de l'enfance, qu'il n'y a pas d'événement marqueur de ce passage. « Bloqués » en quelque sorte dans ce temps de l'adolescence, les jeunes cherchent des moyens de se projeter, de trouver un sens à leur vie.... Et **les pères étant distants ou absents, ce sont les pairs qui deviennent une référence forte.**

Pour Pascal Le Rest, c'est dans ce contexte de quête, que **la consommation**, et bien souvent la polyconsommation de substances toxiques, dans le groupe de pairs **devient un rite**, et « **une tentative de saisir ses limites physiques et psychologiques** ». Cette quête de sens et de limites qui doivent permettre de « s'extirper » de l'enfance, se manifestent parfois par des **pratiques extrêmes, des pratiques ordaliques**, où le sens de la vie, les limites de « soi » ne peuvent être trouvées que lorsque la vie elle-même est mise en jeu.

Outre les risques réels, parfois vitaux, que peuvent impliquer ces rites et ces pratiques, ils se révèlent **sans issue sur le plan symbolique** : « *le problème, c'est que le sens n'existe que dans le groupe des pairs, mais qu'il n'a pas de valeur dans le groupe des pères [...], il y a une violence qui n'est pas intégrée socialement, qui n'est pas structurante* ».

---

<sup>9</sup> Olivier Galland, Alessandro Cacalli, *L'allongement de la jeunesse*, Observatoire du changement social en Europe Occidentale (Poitiers), Actes Sud, 1993.

<sup>10</sup> Pascal Le Rest, *Les jeunes, les drogues et leurs représentations*, l'Harmattan, 2000

La **consommation de substances toxiques**, par la violence qu'elle porte et le reconnaissance dont elle peut faire l'objet parmi le groupe de pairs, peut donc **sembler être un véritable outil d'intégration sociale** pour des jeunes qui veulent sortir de l'enfance sans parvenir à identifier comment entrer dans l'âge adulte, et qui parfois même ne comprennent pas ce que peut être « l'âge adulte ».

## **2.2 Les adolescents et les toxicomanies : quelques repères chiffrés**

Les premiers résultats du volet français de **l'enquête ESPAD 2003** (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs)<sup>11</sup> concernant la consommation de substances psychoactives parmi les **jeunes collégiens et lycéens de 12 à 18 ans**, apportent un éclairage concret sur la **réalité des toxicomanies pour cette tranche d'âge**.

### **A partir du milieu de l'adolescence (14-15 ans) : la consommation de substances psychoactives concerne une majorité d'élèves :**

Entre **12 et 13 ans**, les jeunes expérimentent surtout des **substances licites**. Les jeunes entre 12 et 18 ans consomment essentiellement **alcool et tabac**, ces consommations allant en croissant sur cette période. Mais c'est surtout la consommation de tabac qui domine. **A partir de 16 ans**, la consommation régulière **d'alcool se situe au même niveau** que la consommation régulière de **cannabis**.

88% des garçons de 12-18 et 84 % des filles de 12-18 ans ont déjà consommé au moins un des trois produits psychoactifs les plus répandus (alcool, tabac, cannabis).

**Les garçons sont généralement davantage consommateurs de substances psychoactives que les filles.**

---

ESPAD 2003 – INSERM-OFDT-MJENR, Tendances, n°35, mars 2004. Enquête transversale en milieu scolaire qui a été menée au premier semestre 2003 auprès de plus de 16 000 élèves, dans une trentaine de pays européens sur la base d'un questionnaire commun centré sur les usages, attitudes et opinions relatifs aux drogues.

Ainsi, **entre 12 et 18 ans, 12% des garçons et 16 % des filles sont « abstinentes »**, c'est -à-dire qu'ils n'ont jamais essayé le tabac, l'alcool ou le cannabis.

### **L'alcool : une consommation précoce, et plus régulière parmi les garçons au cours de l'adolescence**

A 12 ans, l'expérimentation de l'alcool est déjà importante, elle se stabilise autour de **90 % de la population à 16 ans**. Les « abstinentes » sont peu nombreux sur cette période, et la consommation augmente surtout à partir de 14 ans. Si le cidre et le champagne sont les alcools les plus consommés entre 12 et 15 ans, **au-delà de 15 ans** les adolescents consomment essentiellement **des alcools forts et de la bière**. **L'ivresse** au cours de l'adolescence apparaît comme un **comportement plutôt masculin** (à 16-17 ans, 51% des garçons ont déjà été ivres contre 47% des filles), bien que la prédominance masculine diminue au cours de l'adolescence. Quand à l'ivresse régulière (adolescents déclarant avoir été ivres au moins 10 fois dans l'année) elle est plutôt masculine mais reste rare.

### **Le tabac : la consommation la plus répandue parmi les élèves**

A partir de 14 ans, les consommations régulières de tabac et d'alcool augmentent, mais la consommation régulière de tabac dépasse celle de l'alcool. **A 18 ans 37 % des garçons et 34% des filles sont fumeurs quotidiens**. Pour le tabac, on observe entre 1993 et 1999 une hausse de l'expérimentation comme de l'usage quotidien, puis une diminution entre 1999 et 2003. Ainsi, **en l'espace de 10 ans, le tabagisme quotidien a diminué parmi les élèves de moins de 15 ans, alors qu'il a progressé au sein des 16-17 ans, mais la tendance récente est à la baisse**.

### **Le cannabis : plutôt consommé après 16 ans, plutôt consommé par les garçons**

En ce qui concerne le cannabis, l'expérimentation progresse également rapidement entre 12 et 18 ans : **Autour de 18 ans cette consommation concerne la moitié des filles et deux tiers des garçons**. Cette substance reste cependant moins

consommée que le tabac. **Dès l'âge de 16 ans la consommation régulière de cannabis rejoint celle de l'alcool.**

**L'expérimentation et la consommation répétée de cannabis sont en hausse depuis 1993** : elles ont été multipliées par deux (sauf pour les 12-13 ans).

### **Les autres substances illicites : l'expérimentation et la consommation restent rares**

Les substances illicites autres que le cannabis sont **peu consommées** : les pourcentages de consommation sont toujours **inférieurs à 5%**, hormis pour les produits à inhaler (colles, solvants) et les champignons hallucinogènes chez les garçons de 16-17 ans. Ces consommations augmentent relativement peu avec l'âge et la grande majorité de ceux qui expérimentent ces produits ne renouvellent pas l'expérience.

### **Tranquillisants et somnifères : une consommation plutôt précoce et féminine**

**Les tranquillisants sont plutôt consommés par les filles**, et ce dans le cadre d'une **prescription** (seulement 2% des garçons et 3% des filles ont déjà pris des médicaments psychotropes sur ordonnance pendant au moins 3 semaines). A 16-17 ans 26,3 % des filles et 18,8% des garçons ont consommé ce type de médicaments.

### **Ce que l'on peut retenir des évolutions récentes :**

**Le tabac** : la consommation a augmenté de 1993 à 1999. depuis cette date, **la consommation s'infléchit à la baisse pour les filles comme pour les garçons** (sans que l'on retrouve pour autant les niveaux de 1993).

**L'alcool** : la consommation **reste stable depuis 1993.**

**Le cannabis** : l'expérimentation et la consommation répétées (au moins 10 usages dans le mois) sont **en hausse.**

**L'expérimentation pour les filles et les garçons a doublé entre 1993 et 2003**, de même que la consommation.

**Les autres substances illicites** : sont expérimentées et consommées par une minorité. Néanmoins, le **marché des drogues de synthèse se développe parmi les plus âgés**, les jeunes adultes (raves-party etc...)

Dernier élément de taille : **les polyconsommations se développent** ainsi les **différences entre filles et garçons** aussi bien au niveau de l'expérimentation comme de la consommation **restent fortes**.

## 3. La prévention des addictions et l'éducation pour la santé auprès des adolescents : les cadres

### 3.1 Le cadre conceptuel de la prévention

#### 3.1.1 La prévention-information

Historiquement, les **premières approches et pratiques en matière de prévention** des toxicomanies ont été **centrées sur l'information** (notamment pendant les années 1970 à 1977). Il s'agissait essentiellement **d'information sur les différentes substances psychoactives et sur leurs effets**.

(Aujourd'hui encore, il n'est pas exclu que certaines actions de prévention soient centrées sur la seule connaissance des produits).

Au fil des années et des expériences, il est néanmoins apparu que **l'information seule était souvent insuffisante, voire contre-productive**. Ainsi, dans certains cas, l'information visait à effrayer les gens, parfois à l'aide d'images choquantes ou « dures » (photos montrant des personnes atteintes de pathologies graves, mutilantes, apparues suite à la consommation d'alcool, de tabac, ...), mais **cette peur ne se révélait pas forcément protectrice sur le long terme**.

Par ailleurs en ce qui concerne les jeunes, et les adolescents en particulier, la mort et même la maladie apparaissent souvent comme un risque très éloigné dans le temps. Si l'information peut choquer à un moment donné, cette frayeur ne va donc pas jusqu'à rendre le risque plus tangible, plus immédiat.

L'information sur les produits et leurs effets peut avoir en outre un effet contre-productif sur les populations concernées. Dans certains cas, **cette information améliore les connaissances des individus**, voire **suscite un intérêt qui était inexistant jusqu'alors**. L'information qui devait être préventive peut alors se

transformer en **mode d'emploi des substances psychoactives**, et devenir finalement incitative.

Enfin, la plupart des auteurs soulignent aujourd'hui la **dimension comportementale des addictions**, et le fait que les addictions sont le fruits d'un processus où se mêlent facteurs psychologiques et sociologiques. De ce fait, pour de nombreux auteurs, une **simple information sur les produits, en oblitérant la dimension comportementale des addictions, ne peut jouer un rôle de prévention.**

### 3.1.2 La prévention-éducation pour la santé

Durant les dernières décennies, la notion de santé a évolué, et avec elle les moyens censés la protéger.

La santé ne renvoie plus uniquement au bon fonctionnement du corps, à l'absence de pathologies.

L'une des définitions de la santé souvent citée, et qui semble bien refléter les conceptions actuelles, est celle qui a été donnée par **l'Organisation Mondiale de la Santé (1946)** : « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette approche très globale de la santé a encore évolué, et l'OMS en 1986 soulignait que la santé est également : « ***une ressource qui permet à un individu ou à un groupe, d'une part de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, d'autre part, d'évoluer avec le milieu ou de s'adapter à celui-ci.*** ».

La notion de santé s'est donc complexifiée et intègre plusieurs dimensions : biologique, psychique, mais également sociologique. De ce fait, les dangers qui peuvent porter atteinte à la santé ne sont plus repérés comme étant essentiellement exogènes à l'individu. L'individu de par son comportement peut mettre sa santé en danger. La prévention devient ainsi une affaire **d'éducation des individus, une tentative d'influer sur les pratiques, mais également sur les représentations.**

On notera qu'en France, les expressions « éducation à la santé » et « éducation pour la santé » semblent renvoyer à des réalités, ou du moins à des conceptions différentes. Ainsi, **les professionnels de la santé, parlent d'une « éducation pour la santé »**, la santé étant un processus dynamique d'adaptation. Dans cette approche, **l'éducation pour la santé vise à entretenir cette dynamique.**

**Les professionnels du système éducatif ont en revanche, une approche centrée sur l'éducation à la santé**, comme on peut parler d'une éducation à la citoyenneté, à l'environnement. Ainsi la **loi d'orientation de 1989** soulignait le rôle que devaient jouer les établissements scolaires dans l'éducation à la santé, puis les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté mis en place en 1998, renforcent encore cette idée de formation.

### **3.1.3 La prévention-promotion de la santé**

**En 1986, l'OMS, dans la Charte d'Ottawa** défini également la promotion de la santé comme « **le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci** ».

Cette approche insiste sur le fait qu'au-delà des comportements individuels, les **conditions sociales jouent un rôle important** dans la santé des individus, ainsi les vaccinations, le développement de l'hygiène visent-ils à améliorer la santé des individus à un niveau collectif.

En matière d'addictions et plus précisément de toxicomanies, **l'outil juridique** est ainsi considéré par certains comme un moyen de protéger **la santé des individus, mais également la santé de la collectivité** en interdisant certaines substances ou en réprimant le trafic, en travaillant à réduire le tabagisme passif, les risques liés à l'alcool au volant, etc...).

### 3.1.4 Prévention primaire, secondaire, tertiaire

Pendant plusieurs années et encore aujourd'hui, la prévention, **l'éducation pour/à la santé se déclinait en trois catégories, qui différencient le rapport des individus aux substances toxiques, leur consommation<sup>12</sup>** :

- **la prévention primaire** qui consiste en « *toute action éducative visant à renforcer l'état de santé* », il s'agit ici de **repérer les facteurs de risques et d'apprendre à les éviter ou à les « maîtriser »**.

- **la prévention secondaire** consiste en « *mesures éducatives visant à éviter l'accident de santé ou, dans le cas où il est déjà intervenu, à restaurer le plus rapidement un nouvel état de santé* » . Dans la problématique qui nous intéresse, il s'agirait de **traiter une toxicomanie avérée**.

- **la prévention tertiaire** consiste en « *toute intervention éducative visant à faire vivre au mieux les séquelles de l'accident.* ».

Dans ces trois catégories, l'individu est considéré globalement, à la croisée de ses contraintes biologiques, psychologiques et sociologiques, et l'éducation à/pour la santé passe toujours par un **travail sur les représentations et sur les comportements**.

Par ailleurs, la notion de « **capital santé** », issue du même courant de pensée, porte l'idée selon laquelle les **individus ne sont pas passifs par rapport à leur santé**, mais qu'au contraire, ils peuvent **la prendre en main, la gérer** (« enabling » et « empowerment » pour reprendre les concepts américains, à l'origine de cette approche ).

On notera que pour les intervenants du champs des sciences de l'éducation, la santé est l'un des thèmes de l'éducation, un thème faisant partie de « l'éducation à la vie ». Cette approche envisage les effets de l'éducation sur le long terme, alors que les

---

<sup>12</sup> *Education pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. Synthèse et recommandations.*INSERM

**professionnels de santé**, davantage centrés sur le bon fonctionnement de l'organisme, sont davantage attachés aux **risques existants donc plus immédiats**.

### 3.1.5 Prévention universelle, prévention sélective

Au-delà des niveaux de prévention, reliés au rapport à la consommation, une autre approche a vu le jour ces dernières années qui se base sur la **définition du public à qui s'adressent les actions de préventions**.

Les spécialistes de la prévention comme les épidémiologistes ont ainsi constaté que **certains groupes ou individus**, au sein de la population globale, étaient **plus exposés que d'autres au risque de développer des consommations problématiques** ou des **conduites addictives** vis-à-vis de certaines substances.

Des éléments **psychologiques et sociologiques** peuvent ainsi clairement jouer le rôle de facteurs de risques, quelle que soit la tranche d'âge concernée, mais peut-être encore plus fortement au moment de l'adolescence. Ces facteurs peuvent être le fait d'habiter un quartier cumulant une forte précarité socio-économique et un trafic de substances illicites, le fait d'être confrontés à des difficultés familiales (ruptures, violences, phénomènes de toxicomanie au sein de la famille...), scolaires, économiques, ou encore de souffrir de certains troubles psychologiques (liés à une mauvaise opinion de soi, à des difficultés de socialisation, ...). Ces facteurs peuvent être divers et multiples, mais ils ne touchent pas tous les individus de la même manière.

Alors que la prévention était jusqu'alors envisagée de manière « universelle » ou « généralisée », c'est-à-dire s'adressant à tous les individus, sans ciblage particulier, les notions de **prévention « sélective » et « indiquée »**<sup>13</sup> prennent en compte **l'inégalité des individus, ou groupes d'individus face à ces facteurs de risques**. Concrètement, la prévention « sélective » «  *vise un sous-groupe d'individus ayant un*

---

<sup>13</sup> [http://disc.vjf.inserm.fr:2010/basisrapports/sante\\_enfants/sante\\_enfants\\_avant-propos.htm](http://disc.vjf.inserm.fr:2010/basisrapports/sante_enfants/sante_enfants_avant-propos.htm) (INSERM : serveur d'informations et de publications scientifiques)

*risque significativement plus élevé que la moyenne de développer un trouble* ». La prévention « indiquée » « *s'adresse aux sujets qui ont des signes d'appel, en restant en deçà des critères diagnostiques* ».

### **3.1.6 Les objectifs de la prévention : de l'abstinence à la gestion des risques et des consommations<sup>14</sup>**

Le cadre conceptuel de la prévention se définit également par **les objectifs qu'elle se donne**, objectifs qui ont évolué, selon l'évolution des politiques publiques.

Globalement on peut distinguer cinq périodes depuis 1970.

#### **1970-1990 : l'abstinence comme objectif majeur.**

La loi du 31 décembre 1970, considère le **toxicomane** à la fois comme un **délinquant** et comme un **malade**. Les structures de soins spécialisées qui se mettent alors en place visent à « **guérir** » le **malade** en l'accompagnant vers le **sevrage, l'abstinence** et la réinsertion sociale.

Rien n'est véritablement prévu en terme de prévention, et l'objectif essentiel reste alors de ne pas consommer, tous les produits étant considérés comme dangereux et menant à la **dépendance**.

#### **1990-1995 : l'épidémie de SIDA et la notion de réduction des risques**

Le fait que les toxicomanes par voie intraveineuse soient fortement concernés par le **VIH et les hépatites** a obligé les pouvoirs publics à mettre en place d'autres politiques en vue de **réduire ou de contenir l'épidémie**.

Dès 1987 la mise en vente libre des seringues est autorisée, en 1993 des structures d'accueil spécifiques pour les toxicomanes se mettent en place, et les prises en charge basées sur la substitution se développent. L'abstinence

---

<sup>14</sup> *L'évolution des politiques publiques*. Site Internet CIRDD Yvelines (page rédigée par le CYES et le CIRDD 78)

n'apparaît plus comme une solution réaliste face à l'ampleur de l'épidémie et l'objectif devient alors de **réduire concrètement les pratiques favorisant la contamination : de « réduire les risques »**. Cette évolution va faire émerger une logique de prévention qui va s'inspirer de cette notion de **« réduction des risques » au dépend de l'objectif d'abstinence**.

### **1995-1998 : une graduation dans l'approche des consommations**

**La consommation** de substances toxiques (et notamment de substances illicites) jusqu'alors essentiellement considérée sous l'angle de la dépendance, va peu à peu faire l'objet d'une **différenciation**. **La consommation non problématique est alors distinguée de l'usage nocif, et de la dépendance**, que celles-ci soient liées à **des substances licites ou illicites**. Enfin, la réalité des **polyconsommations** est également prise en compte. L'objectif de réduction des risques liées à une consommation nocive s'appuie de plus en plus sur la notion de **« gestion des consommations »**.

### **1999-2001 : la notion de choix éclairé**

Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances de juin 1999, ne se réfère plus aux idées d'abstinence ou de prohibition. Tout en restant dans le cadre défini par la loi dite « Evin », la prévention, notamment en matière de tabac et d'alcool vise à permettre aux jeunes d'entrer dans **une réflexion qui leur permette de faire des choix éclairés**.

Cette évolution « historique » de l'abstinence vers la « maîtrise des consommation » en vue d'une réduction des risques n'a cependant **pas abouti à un consensus**. Bien que les politiques publiques n'aient plus l'abstinence comme objectif premier, un certain nombre de spécialistes, notamment dans le domaine médical, considèrent que l'abstinence est le seul moyen de véritablement réduire les risques.

Il y a donc encore **débat aujourd'hui entre abstinence et « maîtrise des consommations »**.

### 3.2 La prévention, l'éducation pour la santé chez les adolescents

Dans la problématique des addictions, **les facteurs de risques ont une forte composante psychologique**. Certains auteurs<sup>15</sup> repèrent ainsi les facteurs suivants :

- la dépression / un environnement de dépression
- les carences identificatoires
- les carences imaginaires
- l'incapacité à gérer la violence naturelle

qui chez l'adolescent viennent renforcer la difficulté à trouver des repères, des marqueurs de passage à l'âge adulte.

Dans ce contexte, et pour cette population, la prévention est encore plus fortement un « apprentissage à la vie »<sup>16</sup>. Pour Paulo Freire, l'éducation permet de développer « *la conscience critique* » et pour Filiberto Castillo « ***l'éducation à la santé doit contribuer à développer une prise de conscience critique de la réalité*** ».

Cette éducation à la santé, pour les adolescents, ne devrait donc pas se faire sur un mode monolithique, où une « vérité » est délivrée, qui devrait se transformer en but à atteindre. Il ne s'agit pas, dans un environnement où les repères sont ambigus, de vouloir **asséner des discours artificiellement forts**. Ainsi, selon Filiberto Castillo, **prôner l'abstinence n'a pas de sens**, cette position ne mobilise pas particulièrement le questionnement ou l'esprit critique des jeunes, et s'adapte mal à la réalité des consommations. F. Castillo, ainsi que d'autres auteurs, sont davantage partisans d'une position plus nuancée, qui vise à ce que **les jeunes soient en mesure de vivre avec le danger, si besoin en maîtrisant leur consommation**, celle-ci étant souvent un « symptôme » : « *La prévention de l'usage de produits psychotropes ne peut être dissociée de la prévention d'autres problèmes à*

---

<sup>15</sup> C. Bachmann, M. Karsenti, *Prévention des toxicomanies en milieu scolaire*, INRP, 1996

*l'adolescence ; elle doit faire partie d'une action en faveur des enfants et des adolescents visant à **une promotion globale de leur santé physique, mentale et sociale** ».*

Nelly Leselbaum<sup>17</sup> insiste également sur le fait que la prévention en direction des adolescents doit faire **le lien entre la vie scolaire, la santé, le bien-être des jeunes, leurs conditions et habitudes de vie.**

### **3.1 Le cadre juridique : outil de répression, outil de prévention**

**L'outil juridique** (législatif ou réglementaire) est reconnu comme étant un moyen **non suffisant mais indispensable en matière de prévention** et de lutte contre les toxicomanies.

Qu'il s'agisse de textes interdisant la consommation de substances illicites, ou de textes visant à freiner l'incitation faite aux jeunes à consommer des substances psychoactives licites, **l'outil juridique pose le cadre du permis et de l'interdit, auquel peut se référer l'ensemble de la société.**

#### **3.1.1 Statut des substances licites**

**L'alcool et le tabac** sont des substances licites, néanmoins la **vente de ces produits est interdite aux mineurs**. Par ailleurs **l'incitation à consommer** ces produits, via la publicité notamment, est fortement restreinte, surtout en ce qui concerne le tabac, pour lequel toute publicité est interdite.

##### **► Tabac**

Les textes concernant le tabac visent essentiellement à **lutter contre les incitations à consommer, via la publicité, et visent également à restreindre les occasions**

---

<sup>16</sup>Filiberto Castillo, Le Chemin des Ecoliers, l'éducation à la santé en milieu scolaire, De Boeck Université, Coll « Questions », 1987

<sup>17</sup> Nelly Leselbaum, *l'éducation à la santé en milieu scolaire : quelles approches des conduites addictives*, Toxibase 1997, n°1, p1-19 (document Toxibase n° 204043)

**de consommation dans certains lieux publics** (dans un souci de limitation du tabagisme mais également du tabagisme passif).

Deux textes sont essentiels à cet égard :

- **La loi du 9 janvier 1976** qui a pour objectif de restreindre la publicité sur le tabac et les boissons alcooliques

- **La loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 (dite « loi Evin »)**, qui définit essentiellement les dispositions relatives à la lutte contre le tabagisme, et renforce considérablement les restrictions sur la publicité pour les produits du tabac, obligeant également les fabricants à certaines modifications au niveau des messages apparaissant sur les unités de conditionnement (obligation de mentionner les taux de goudron et nicotine et obligation d'apposer un avertissement sanitaire). Cette loi interdit par ailleurs, dans son article 16, de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif , « notamment scolaire » (*sauf dans les emplacements réservés aux fumeurs*).

Ces dispositions sont renforcées par **le Décret n°92-478 du 29 mai 1992** qui réaffirme l'interdiction de fumer dans les lieux publics fermés, en spécifiant que même les lieux non couverts des écoles, collèges et lycées sont concernés par cette interdiction lorsque les élèves sont présents, (le décret indique également quelles sont les sanctions -contraventions- prévues en cas de non-respect de ces obligations) :

*Titre I, Art. 1er. - L'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif prévue par l'article 16 de la loi du 9 juillet 1976 susvisée s'applique dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent les lieux de travail. Elle s'applique également dans les moyens de transport collectif et, en ce qui concerne les écoles, collèges et lycées publics et privés, dans les lieux non couverts fréquentés par les élèves pendant la durée de cette fréquentation.*

Enfin, la **vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans** est devenue **illégale** depuis 2003. Ainsi le **Code de la santé publique** (Nouvelle partie Législative) stipule dans son **article L3511-2-1** (inséré par Loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003 art. 3 I

Journal Officiel du 3 août 2003) : « *Il est interdit de vendre ou d'offrir gratuitement, dans les débits de tabac et tous commerces ou lieux publics, des produits du tabac ou des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1 à des mineurs de moins de seize ans.* ».

## ► Alcool

Les textes concernant l'alcool sont **globalement moins coercitifs et répressifs que ceux concernant le tabac.**

Alors que la publicité et, d'une manière générale le marketing des produits du tabac, sont extrêmement contrôlés et réduits (interdiction de publicité, et fortes contraintes en matière de messages portés sur les unités de conditionnement), et que la possibilité de fumer dans des lieux publics est restreinte, l'alcool jouit d'une plus grande liberté « d'expression » et de consommation. **Moins de restrictions ou d'obligations en matière de marketing et de publicité** (possibilité de publicité dans la presse écrite, avec obligation de conseiller une « consommation modérée »), **pas de restrictions explicites quant aux lieux de consommation.**

**Au regard de la loi, seule la consommation « excessive »** (ce terme n'étant pas défini dans les textes) **fait l'objet de préconisations, de contraintes.**

Il est sans doute nécessaire de préciser ici que les niveaux de morbidité, de décès prématurés liés à l'alcool sont, d'après les études épidémiologiques, inférieurs à ceux du tabac, et qu'à la problématique du tabagisme des fumeurs s'ajoute celle du tabagisme passif, qui concerne les non-fumeurs.

En revanche, la consommation « excessive » d'alcool, doit faire l'objet d'une information en direction des personnels des établissements d'enseignement :

- **La loi n°91-32 du 10 janvier 1991** qui outre la lutte contre le tabagisme, traite également de la lutte contre l'alcoolisme, modifie **l'article L.192 du code de la santé publique** et prévoit que :

*Tous les membres du personnel des établissements d'enseignement d'éducation, publics ou privés et toutes les personnes se trouvant en contact habituel avec les*

élèves dans l'enceinte desdits établissements, sont obligatoirement soumis, périodiquement, et au moins tous les deux ans, à un examen médical de dépistage des maladies contagieuses.

Ils reçoivent à cette occasion par le médecin scolaire une information concernant les causes, les conséquences et les moyens de traitement et de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie.

- **La circulaire n° 99-135 du 20 septembre 1999** définit également les dispositions de la campagne de lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées auprès de lycéens. Cette circulaire :

« présente la mise en place d'une campagne nationale de prévention centrée sur la consommation excessive d'alcool, mais qui s'inscrit plus généralement dans le cadre du plan de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. Elle recense les résultats d'une enquête menée auprès de jeunes de 14 à 19 ans, de l'augmentation de la consommation avec l'âge à la progression des alcools forts, au comportement d'ivresse et aux corrélations entre les consommations de produits psychoactifs. Cette action déclinée aux niveaux académiques par les recteurs dans le cadre du projet académique implique directement la discipline Sciences de la vie et de la Terre, à côté de l'EPS, de la vie scolaire et de la médecine scolaire. Les rôles du projet d'établissement et du CESC (comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté) sont rappelés<sup>18</sup> ».

Enfin, l'incitation d'un mineur -notamment s'il est âgé de moins de 15 ans- à une consommation « excessive » d'alcool, est réprimée par de fortes sanctions. L'incitation à la simple consommation en revanche, ne fait pas l'objet de sanctions...

**L'article 227-19 du Code pénal** réprime ainsi le fait de provoquer directement un mineur à la consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques, peine aggravée lorsqu'il s'agit d'un mineur de 15 ans. Il est également précisé dans cet article que le fait que ces événements se produisent dans ou abords d'un établissement scolaire constitue un facteur aggravant :

---

<sup>18</sup> Bulletin Officiel de l'Education Nationale n°33 du 23 septembre 1999

*Le fait de provoquer directement un mineur à la consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques est puni de deux ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.*

*Lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou que les faits sont commis à l'intérieur d'un établissement scolaire ou éducatif ou, à l'occasion des entrées ou des sorties des élèves, aux abords d'un tel établissement, l'infraction définie par le présent article est punie de trois ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende*

### **3.1.2 Statut des substances illicites**<sup>19</sup>

Les substances illicites, et notamment les stupéfiants font par définition l'objet d'un **dispositif répressif**. Néanmoins, parallèlement aux mesures répressives et aux sanctions pénales, se développe **une approche compréhensive du problème de la dépendance et de la toxicomanie, centrée sur la nécessité de soigner le toxicomane.**

**Les Conventions Internationales de 1961 et de 1988**, ratifiées par la France, exigent que la détention de stupéfiants (dont le cannabis) soient sanctionnée pénalement.

Néanmoins, sur le plan pénal, la législation française applicable aux mineurs délinquants date de **l'ordonnance du 2 février 1945** relative à l'enfance délinquante, qui privilégie les mesures éducatives.

Cependant, **le texte le plus important en la matière reste la loi du 31 décembre 1970** relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, aux mesures de répression du trafic et d'usage illicite de substances vénéneuses. Cette loi considère que **l'usage de stupéfiants constitue un délit** (articles L 628 et L 628-1 du Code de santé publique).

**Cette loi distingue néanmoins clairement l'usage de stupéfiants**, pour lequel elle favorise le **traitement et la prise en charge médicale, du trafic qu'elle réprime**

---

<sup>19</sup> Bulletin Officiel de l'Education Nationale, de la recherche et de la technologie, n° hors-série, « *Repères pour la prévention des conduites à risques* » Vol. 1 : Guide Pratique – Novembre 1999

**lourdement.** Ce texte prévoit ainsi des **mesures éducatives, alternatives aux poursuites ou à l’incarcération prévue pour les majeurs :**

- l’injonction thérapeutique
- le classement avec avertissement (rappel à la loi délivré au mineur en présence de ses parents par un substitut des mineurs)
- le classement avec orientation vers une structure sanitaire ou sociale adaptée
- les poursuites qui seront essentiellement mises en œuvre en cas d’échec des mesures précédentes. Les juridictions de la jeunesse disposent également d’un ensemble de mesures ou de sanctions qui ont pour but de favoriser la prise en charge sanitaire ainsi que l’insertion sociale et professionnelle du jeune.

Par ailleurs, la **circulaire n° 91-148 du 24 juin 1991** définit les dispositions concernant les missions et le fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves.

En ce qui concerne les outils essentiellement répressifs, on retrouve le **décret n°92-478 du 29 mai 1992** incriminant pénalement le fait de fumer dans les lieux affectés à usage collectif, qui s’applique à la consommation de tabac, mais également à la consommation de substances illicites pouvant être fumées.

Le Code pénal développe également l’aspect répressif :

.- **l’article 227-18 du Code pénal** réprime le fait de provoquer directement un mineur à faire un usage illicite de stupéfiants, peine aggravée lorsqu’il s’agit d’un mineur de 15 ans.

- **l’article 227-18-1 du Code pénal** réprime le fait de provoquer directement un mineur à transporter, détenir, offrir ou céder des stupéfiants, peine aggravée lorsqu’il s’agit d’un mineur de 15 ans.

- **les articles 222-37 à 222-39 du Code pénal** répriment les faits de transport, détention, offre, cession de stupéfiants de peine correctionnelle. Lorsque les stupéfiants sont cédés ou offerts à des mineurs, ou dans des centres d’enseignement ou d’éducation, ou dans les locaux de l’administration, les peines sont aggravées.

Enfin, **l'article 40 du Code de la procédure pénale** fait obligation à tout fonctionnaire qui a connaissance de crime ou de délit de le signaler sans délai au procureur de la République.

### ► **Médicaments détournés**

En ce qui concerne les médicaments détournés, **l'article L-626 du Code de santé publique** vise à prohiber le transport, la détention, l'offre, la cession de substances vénéneuses et permet donc d'incriminer ceux qui font du trafic de médicaments vendus sur ordonnance.

### **3.1.3 Protection des mineurs et prévention des risques**<sup>20</sup>

Si la **protection des mineurs est une notion ancienne dans le droit français**, elle est traditionnellement associée à la **réalisation du risque**, ainsi **l'article 375 du Code civil**, vise à assurer une protection à un mineur « *dont la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation sont compromises, au moyen d'une prise en charge éducative par un service ou une institution.* »

Ce n'est qu'en 1990, que l'idée de la **prévention centrée sur les mineurs**, et en particulier les élèves entre véritablement dans les textes. Ainsi la création par le **Ministère de l'Education Nationale, le 22 octobre 1990 des Comités d'Environnement Social, institutionnalise la mission de prévention des établissements scolaires**. Ces comités doivent être fédérateurs d'actions de prévention des toxicomanies et des conduites à risques, et mobilisateurs des adultes et des élèves de la communauté autour d'objectifs.

---

<sup>20</sup> Bulletin Officiel de l'Education Nationale, de la Recherche et de la Technologie, n° hors-série *Repères pour la prévention des conduites à risques*, novembre 1999

**Le Ministère de l'Éducation Nationale, de la recherche et de la Technologie** a souhaité élargir les compétences de ce dispositif en créant les **Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC)**, dont la généralisation et les missions ont été définies par la **circulaire n°98-108 du 01-07-98**. Le « CESC » est le dispositif qui devrait constituer, au niveau de l'établissement scolaire, le cadre privilégié de définition et de mise en œuvre de l'éducation préventive en matière de conduites à risques, de dépendances, dans et hors l'école.

Les missions des CESC<sup>21</sup> sont les suivantes :

- *Contribuer à la mise en place de l'éducation citoyenne dans l'école ou l'établissement en rendant l'élève responsable, autonome et acteur de prévention.*
- *Organiser la prévention des dépendances, des conduites à risque et de la violence dans le cadre du projet d'établissement.*
- *Assurer le suivi des jeunes dans et hors l'école (relais internes et externes).*
- *Venir en aide en aide aux élèves manifestant des signes inquiétant de mal-être*
- *Renforcer les liens avec la famille*
- *Apporter un appui aux acteurs de la lutte contre l'exclusion en renforçant les liens entre l'établissement, les parents les plus en difficulté et les autres partenaires concernés.*

### **3.4 L'Éducation Nationale et l'éducation à la santé<sup>22</sup>**

**Le code de l'éducation ne mentionne pas d'objectifs ou de missions concernant l'éducation à la santé aux établissements d'enseignement.** Le Chapitre I précise que « tout enfant a droit à une formation scolaire qui, complétant

---

<sup>21</sup> *Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes.* Synthèse et recommandations. Expertise collective, INSERM

l'action de sa famille, concourt à son éducation [...]. La formation scolaire favorise l'épanouissement de l'enfant, lui permet d'acquérir une culture, le prépare à la vie professionnelle et à l'exercice de ses responsabilités d'homme et de citoyen. ». **Rien de ce qui concerne l'éducation à la santé n'est véritablement explicite**, (hormis l'éducation à la sexualité, mentionnée dans le livre III, titre 1er chapitre II).

Si le code de l'éducation et la plupart des textes réglementaires ne font pas mention d'une mission d'éducation à la santé, en revanche, il existe **de nombreuses circulaires et notes de service**, émanant des **services de l'administration centrale** qui évoquent précisément ce sujet, notamment les **circulaires du 24 novembre 1998, du 12 janvier 2001, du 25 avril 2002 et du 1<sup>er</sup> décembre 2003**<sup>23</sup>. Ces textes définissent le cadre de la politique de santé des élèves et **fixent des orientations et des objectifs en matière d'éducation à la santé**.

Ces circulaires abordent souvent à la fois des **considérations générales** en matière d'éducation à la santé, **des prescriptions** plus ou moins impératives et des **conseils méthodologique**. Par ailleurs les **circulaires de rentrée** viennent compléter cet arsenal finalement **assez hétérogène**, et manifestement **mal connu par les chefs d'établissement et les équipes enseignantes**. Ainsi les « **rencontres éducatives** » instaurées par la circulaire du 24 novembre 1998, qui élaborées avec toute la communauté éducative, doivent être prévues dans le projet d'établissement, doivent permettre de « *renforcer en les mobilisant, les acquis des enseignants, dans le cadre d'une formation plus globale, afin de favoriser un dialogue organisé et ouvert entre élèves mais aussi entre adultes et élèves, [...] d'impulser la nécessaire collaboration entre tous les adultes de la communauté éducative, notamment entre personnels de santé, sociaux et enseignants* », ne renvoient à **aucune pratique concrète dans la réalité ...**

---

<sup>22</sup> Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, *rapport sur l'évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège*, janvier 2004.

<sup>23</sup> L'ensemble des circulaires est présenté en annexe

Il apparaît que l'ensemble de ces textes est **cohérent quant à la conception globale de l'éducation à la santé qui y est développée**. L'éducation à la santé, **loin de constituer une forme de conditionnement** doit ainsi permettre aux élèves à la fois de mieux connaître leur **corps**, leur **capital santé**, et de prendre **conscience - et confiance - quant à leurs compétences psychosociales**, mais également développer une **capacité critique** par rapport aux différentes normes, stimulations sociales auxquelles ils peuvent être soumis.

Néanmoins, cet ensemble reste **touffu, mal défini au niveau opérationnel** et finalement **mal maîtrisable par les chefs d'établissements et équipes éducatives**, qui par ailleurs ne sont pas préparés, formés à aborder **ces sujets qui « débordent » de leur mission classique de transmission de savoirs**.

Ceci explique que **les établissements scolaires** (et parfois même les services académiques) fassent **peu référence à ces circulaires**, hormis celles définissant les missions des **médecins de l'éducation nationale et des infirmiers**. L'esprit général des textes est connu et intégré, alors que **les dispositions pratiques, les préconisations relatives à l'organisation sont oubliées**.

Finalement, en **l'absence de culture de l'éducation à la santé, de message fort soulignant que cette éducation incombe -également- à l'école**, et également peut-être en l'absence de motivation forte de la part des acteurs de terrain, seules les **pratiques de dépistage** sont finalement **véritablement mises en œuvre sur le terrain**.

### **3.5 Le cadre politique actuel : plan gouvernemental et charte académique**

#### **3.5.1 Le plan gouvernemental de lutte contre la drogue**

Le **nouveau plan gouvernemental** coordonné par la MILDT, a **deux objectifs** principaux :

- **réduire les consommations** (réduire les pratiques qui menacent « *la santé des personnes mais aussi l'ordre public et la cohésion sociale* »). Ce plan gouvernemental met notamment l'accent sur les adolescents, leurs parents et l'école pour **empêcher ou retarder l'expérimentation des différentes substances**. Le **cannabis devient un axe prioritaire**...L'alcool et le tabac feront également l'objet de mesures coercitives (vente, publicité,...). Ce plan visera enfin à **renforcer et diversifier l'offre de soin pour les toxicomanes**.
- **réduire l'offre** par une efficacité accrue de la **lutte contre les trafics** et le démantèlement des filières d'approvisionnement. Outre les restrictions accrues sur le tabac et l'alcool, il s'agira également de **renforcer la prohibition en ce qui concerne les substances illégales**.

#### **3.5.2 La charte académique**

La Charte Académique reprend les **grands principes** énoncés dans les différentes circulaires concernant l'école :

- La prévention doit permettre aux élèves **d'opérer des choix raisonnés et de mettre en œuvre des comportements responsables**
- **Les CESC sont intégrés au projet d'établissement et au projet REP**, et peuvent être pris en compte par le conseil de vie lycéenne
- Les **CESC** constituent un outil privilégié de la mise en œuvre de la **prévention**.

Enfin les **cinq axes de la politique académique**, mettent l'accent sur les notions de **respect et de responsabilité**, notamment en matière de santé :

- l'éducation à la sexualité dans le respect mutuel filles/garçons
- l'éducation au respect des différences
- l'éducation à la **responsabilité face à soi-même** (prise de substances psychoactives)
- l'éducation à la **responsabilité vis-à-vis des autres**
- l'éducation à la **conscience de soi : prises de risques, respect de son corps.**

## 4. La prévention en milieu scolaire : les acteurs et les pratiques

### 4.1 Les acteurs

La prévention, et particulièrement la prévention des addictions auprès des adolescents scolarisés mobilise, ou devrait mobiliser, différents acteurs, dont les jeunes eux-mêmes. En tout état de cause, les actions de prévention ont d'autant plus de chances d'être cohérentes et de faire sens que les différents acteurs sont impliqués, et partagent une vision commune de la prévention.

#### 4.1.1 Les parents

Comme le souligne Filiberto Castillo, ils deviennent **de plus en plus difficiles à mobiliser**, étant donné l'importance croissante de l'activité professionnelle. Par ailleurs, alors qu'ils sont les plus « liés » aux adolescents, les parents n'en sont pas forcément proches. **Les adultes de la famille n'apparaissent pas toujours comme des interlocuteurs fiables aux adolescents.**

Néanmoins, les études épidémiologiques montrent que **les parents, la famille jouent un grand rôle dans la prévention des addictions, des consommations problématiques.** Outre l'effet **de modèle, de référence** que peuvent avoir les parents par **leurs comportements**, il s'avère que leurs valeurs, **leurs discours**, ont également un poids très important sur les représentations et les pratiques des jeunes. Ainsi, **les limites, les interdits posés par les parents** (ne pas fumer à la maison, par exemple) peuvent jouer, dans une certaine mesure, un rôle protecteur...

Enfin, l'existence d'un **dialogue parents-adolescents** est également reconnue comme étant un **facteur de protection des jeunes**, qui auront moins tendance à considérer le groupe de pairs comme unique référence.

#### **4.1.2 Les enseignants, les équipes éducatives**

**La loi d'orientation de 1989**, puis la mise en place des **Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (1998)**, soulignent la nécessaire intervention des équipes éducatives en matière d'éducation à la santé. De fait, ce sont souvent **les chefs d'établissements et / ou les équipes médico-sociales** qui sont à l'initiative d'actions de prévention auprès des élèves dont ils ont la charge.

Parmi les enseignants, les **professeurs de Sciences et Vie de la Terre** semblent également souvent partie prenante des actions de prévention...

Néanmoins, il semble qu'il existe souvent **une véritable difficulté, à impliquer les enseignants, notamment à partir du secondaire**, une partie d'entre eux estimant qu'ils ne sont **pas formés à la dimension « santé »**. Dans d'autres cas, le fait que **les enseignants soient eux-mêmes consommateurs** (notamment de tabac), peut les placer en porte-à-faux par rapport aux élèves...

L'intervention des enseignants dans le domaine de la prévention reste difficile à définir, même si tous les auteurs s'accordent à dire qu'ils ont un rôle important à jouer, **la formation de l'esprit critique faisant pleinement partie de leurs attributions.**

Concrètement, il semble que sur le terrain, **très peu de projets d'établissements intègrent un volet santé**, et que **les actions ne s'inscrivent pas, globalement, dans une démarche « cohérente et structurée »**<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Ministère de la Jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité. *Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège*, janvier 2004.

Enfin, au-delà de la prévention proprement dite, il s'avère que **la qualité de vie dans les établissements scolaires** constitue un **facteur de protection important**. En amont des discours, les conditions de vie concrètes des jeunes, hors et dans les établissements, ont une influence réelle sur les pratiques addictives, les consommations problématiques.

#### 4.1.3 Les professionnels de la prévention

Il existe une **grande diversité parmi les professionnels de la prévention** qui interviennent auprès des jeunes, et notamment dans les établissements scolaires. **Diversité dans les approches**, dans les **modes de communication**, dans la **formation et les objectifs** des intervenants. Certains sont experts sur un seul produit alors que d'autres communiquent sur plusieurs produits dans le cadre de la problématique des polyconsommations, ou de la problématique globale des addictions... Certains s'appuient sur une **présentation-discussion**, alors que d'autres communiquent au travers **d'actions de médiation artistique**, etc..., Enfin, certains **prônent l'abstinence**, alors que d'autres prônent la **maîtrise des consommations**,... Même si nombre d'associations spécialisées dans la prévention ont reçu un agrément (au niveau académique, ...), sur le terrain, toutes les associations qui interviennent en milieu scolaire ne l'ont pas. On peut faire l'hypothèse que la **diversité confine parfois à l'hétérogénéité**.

#### 4.1.4 Les élèves

Les élèves, « cibles » des actions de prévention sont une **population qui n'est pas facile à atteindre, même si elle est « captive »**. Ainsi, une étude de l'OFDT<sup>25</sup>, montre que les jeunes ne communiquent pas de manière indifférenciée avec tous

---

<sup>25</sup> *Evaluation en milieu scolaire d'un programme de prévention primaire en matière de toxicomanie*. INSERM, Unité 472, janvier 1999

leurs interlocuteurs : ils discutent souvent avec les enseignants ou les surveillants, mais confient davantage leurs problèmes au personnel socio-sanitaire, par exemple...

Comprendre les demandes, les attentes des adolescents et dialoguer avec eux reste difficile, et ce d'autant plus que **dans certains contextes, c'est le groupe de pairs qui possède la légitimité maximale.**

C'est d'ailleurs pour cette raison que ce sont développées des **formes de prévention centrées sur la communication entre pairs**. **Elèves-relais** des actions de prévention, **médiation scolaire**<sup>26</sup> par les élèves, constituent autant de tentatives pour amener les élèves à faire circuler les messages d'éducation pour la santé, entre eux. Néanmoins, certaines études montrent que ces opérations sont **essentiellement bénéfiques pour les élèves qui s'y investissent fortement**. Les élèves-médiateurs ou les élèves relais, de par la responsabilité qu'ils ont vis-à-vis de leurs pairs, l'élaboration à laquelle ils sont amenés pour dialoguer, communiquer, sont finalement ceux qui parviennent le plus clairement à développer un certain esprit critique, ou du moins à mieux comprendre les enjeux liés au comportement, à la protection de la santé, etc...

#### **4.2 Les différents types d'actions de prévention**

Différents types d'actions peuvent concrètement être menées sur le terrain. Christian Bachmann et Monique Karsenti proposent **une typologie de ces actions** qui permet de repérer quelles sont les actions possibles, avec quels acteurs.

---

<sup>26</sup> Jean-Pierre Bonafé-Schmitt, *La médiation scolaire par les élèves*, ESF Editeur, Collection Actions sociales / Communications, 2000

#### 4.2.1 Approche directement centrée sur les toxicomanies

Cette approche est **centrée sur l'information concernant les drogues, leurs effets et surtout les dangers** qui y sont associés, et ce dans le but de créer une **peur**. Dans cette approche, la peur est considérée comme un facteur de dissuasion efficace. Ces actions sont le plus souvent **ponctuelles** et réalisées par des acteurs extérieurs à l'institution scolaire.

#### 4.2.2 Approche visant à modifier l'environnement immédiat

L'objectif est de favoriser l'insertion de tous les individus dans la collectivité en **améliorant les conditions et la qualité de vie**. L'idée est qu'une bonne qualité de vie, des relations harmonieuses entre les différents membres de la collectivité diminuent les facteurs de risques. Il s'agit essentiellement d'une **prévention primaire qui peut s'intégrer dans le projet d'établissement**.

#### 4.2.3 Approche indirecte

Elargir la notion de population-cible en **favorisant la prise de conscience chez les adultes de leur propre comportement face aux drogues licites** qui touchent une grande partie de la population. La formation des adultes leur permet un questionnement personnel, l'élaboration de nouvelles pédagogies et une plus grande disponibilité pour aborder ces questions avec les jeunes.

#### 4.2.4 Approche orientée vers le sujet

**Prévention primaire concernant les aspects psychologiques, émotionnels, affectifs, comportementaux**. Il s'agit de relier les connaissances aux affects de

chacun. Ces actions peuvent être menées par les enseignants, dans le cadre de leurs cours, de projets transversaux, de projet d'action éducative, de club-santé, de Comités d'éducation pour la Santé et la Citoyenneté.

#### **4.2.5 Approche santé globale et déspecialisée**

Plutôt que de se focaliser sur le seul symptôme « drogue » au risque de renforcer les idées reçues, cette prévention est axée sur la **nécessité de promouvoir la santé, dans ces différents aspects : nutrition, tabagisme, sommeil, sexualité ...mais également besoins psychosociaux** (comme être aimé, être écouté et compris, ...). Le projet d'action éducative, le CESC, peuvent constituer le cadre d'élaboration de cette prévention, et de sa pérennisation.

#### **4.3 Les thèmes des actions de prévention<sup>27</sup>**

Si un certain nombre d'actions de prévention sont réalisées sous la bannière des « **conduites à risques** », il reste encore des professionnels de la prévention qui sont spécialisés dans tel ou tel produit, consommation. Par ailleurs on notera que les **actions de prévention globale**, si elles considèrent l'adolescent dans ses différentes contraintes, **s'adaptent peut-être mal aux dépendances réelles**, qui malgré la progression des polyconsommations, peuvent **présenter de fortes spécificités** étant données **que toutes les substances n'ont pas la même acceptation sociale, ni les mêmes codes de valorisation**.

---

<sup>27</sup> *Education pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. Synthèse et recommandations.* Expertise collective. INSERM

### 4.3.1 Le tabac

Aucune étude réalisée à grande échelle ne nous permet de déterminer quels sont les thèmes les plus fréquemment abordés dans les établissements scolaires en France, néanmoins **au niveau international, il semble que la prévention du tabagisme soit prioritaire**. La majorité des actions semblent avoir pour **objectif d'éviter ou de retarder l'initiation au tabac, ou d'aider à l'arrêt du tabagisme**. Actuellement, les actions qui visent à promouvoir le bien-être psychologique des adolescents, notamment en impliquant les parents, afin d'éviter une consommation régulière, semblent se développer.

Néanmoins, les chiffres de l'enquête ESPAD montrent que les actions visant à **prévenir l'initiation au tabagisme ont peu de succès**. Dans ce domaine, les politiques publiques et la l'application de la législation (augmentation des prix, interdictions de fumer), semblent les plus efficaces.

### 4.3.2 L'alcool

Contrairement au tabac, l'alcool en France est un produit valorisant et valorisé, à la fois porteur de culture, de traditions et de sociabilité. Par ailleurs ses effets immédiats, en cas de consommation excessive même si elle est ponctuelle, peuvent avoir des effets néfastes, voire morbides, très élevés.

Dans ce contexte, **la prévention concerne davantage la prévention des risques que la prévention à l'initiation**. Les risques sont **tous les accidents qui peuvent être liés à l'ivresse**, et la prévention vise à **promouvoir une consommation modérée, et maîtrisée** (ne pas conduire après avoir bu, même sans être en état d'ivresse, ...). Les infirmières scolaires semblent être de bons vecteurs de communication dans ce domaine, et il est évident que la famille de par les valeurs qu'elle transmet et l'exemple qu'elle donne joue un rôle fondamental

### 4.3.3 les drogues illicites

Pendant longtemps l'objectif primordial de cette prévention était à la fois **d'éviter l'initiation et de prôner l'abstinence**. Néanmoins, la consommation de certaines drogues, et notamment du **cannabis**, étant en constante augmentation, les actions de prévention commencent à **se tourner vers des objectifs de consommation modérée et maîtrisée – comme pour l'alcool-**, et **d'amélioration de qualité de la vie**.

## 5. Synthèse

Aujourd'hui il est **difficile de savoir quelle approche, et quels thèmes prédominent en France en matière de prévention des addictions**. Les **évaluations systématiques à grande échelle** concernant les différents types d'actions menées, leur contenu et leurs effets (du moins la perception immédiate qu'en ont les populations-cible) **n'existent pas**. **La diversité et la réalité des pratiques nous échappe donc en partie**.

On peut néanmoins retenir que le terme de **prévention** fait référence à **différentes problématiques et approches**.

Il est important de souligner que **toutes les formes de consommation de substances toxiques ne mènent pas à une toxicomanie, à une dépendance**, et que les phénomènes d'addiction sont le fruit d'un processus qui implique des **facteurs psychologiques, sociologiques et non uniquement pharmacologiques**. Il faut ainsi **distinguer l'usage, l'usage nocif et enfin la dépendance**, en sachant que toutes les substances, ne sont pas identiques en termes de toxicité ou de potentiel de dépendance et ce, qu'elles soient licites ou illicites.

Par ailleurs la question de la **consommation et de l'addiction** se pose de manière spécifique à **l'adolescence**, dans un contexte de recherche de sens, de limites et de définition de soi. Les chiffres de l'étude ESPAD montrent bien qu'une **majorité de jeunes à 18 ans consomment tabac et alcool**, et que la **consommation de cannabis est en progression**. La consommation de substances toxiques est une réalité forte à l'adolescence.... Ces consommations peuvent ainsi, à cette période de la vie, jouer le rôle d'un **rite de passage vers l'âge adulte**, une pratique qui peut parfois finalement se révéler être **un frein à une bonne intégration sociale ...**

Face à ce phénomène de consommation, et surtout **face à la problématique de la dépendance**, la **prévention s'est développée**, s'appuyant sur différents **acteurs** : **l'Etat**, du fait des politiques de santé publique qu'il impulse, les **spécialistes de la prévention** qui interviennent notamment en milieu scolaire, les **équipes éducatives**, mais également les **parents**, dont le rôle est très important mais pas toujours valorisé, et enfin les **adolescents eux-mêmes**, en devenant acteurs de leur propre santé, et parfois en étant actifs auprès de leurs pairs ..

On retiendra néanmoins, **qu'au niveau des établissements scolaires**, la prévention recouvre des **réalités très disparates**, et que les actions semblent plutôt globalement **ponctuelles et hétérogènes**, dans un contexte de **faible culture commune**, et **d'absence de stratégie sur le moyen terme**.

**La loi joue également un rôle important** en matière de prévention. Elle pose le cadre du permis et de l'interdit en matière de substances toxiques, et prévoit également la question de la prise en charge des toxicomanies et du développement la prévention.

**Au niveau conceptuel, il existe plusieurs manières d'envisager la prévention :**

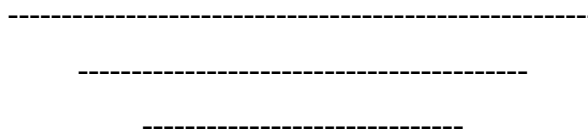
- la prévention **primaire, secondaire ou tertiaire**, selon qu'elle s'adresse à des individus non consommateurs, consommateurs ou dépendants,
- la prévention **universelle ou sélective**, selon qu'elle s'adresse globalement à tous les individus, ou à certains individus qui semblent plus exposés à certains facteurs de risques,
- la prévention basée sur **l'information**, ou sur une **approche plus globale de la santé** des individus, tant au plan physique, que mental et environnemental,
- la prévention dont **l'objectif est l'abstinence, ou la maîtrise de la consommation en vue d'une réduction des risques**.

Tous les spécialistes ne sont pas d'accord sur les approches à privilégier en matière de prévention, et **certaines questions sont l'objets de débats et d'oppositions**. Néanmoins, on pourra retenir la **typologie établie par Monique Karsenti et Christian Bachmann**, qui rendent compte concrètement des **différentes approches que l'on peut rencontrer sur le terrain** :

- **l'approche directement centrée sur les toxicomanies** (surtout sur les effets et dangers des drogues) qui vise essentiellement à informer... et à faire peur,
- **l'approche visant à modifier l'environnement immédiat** : centrée sur l'amélioration des conditions de vie afin de diminuer les facteurs de risques,
- **l'approche indirecte** qui vise à favoriser la prise de conscience des adultes de leur propres comportements face aux drogues licites,
- **l'approche orientée vers le sujet**, qui concerne les aspects psychologiques, émotionnels, affectifs, comportementaux,
- **l'approche déspecialisée** qui vise à promouvoir la santé dans ses différents aspects.

On peut s'étonner de constater qu'aucune approche, en France, ne prenne en compte, les **messages émis par les industries et les médias en matière de produits licites ou illicites**. Il pourrait être intéressant de comprendre à quels **types de stimulations** (« marketing » ou autre) **les adolescents sont soumis**. Cette approche est déjà utilisée aux USA ou dans certains pays scandinaves et rejoint **l'objectif de développer l'esprit critique des adolescents**.

Reste que ces différentes approches et actions s'inscrivent dans un ensemble qui vise à **aider les adolescents à enrichir leurs représentations, acquérir des connaissances** et trouver des **attitudes responsables face à une offre et une demande de substances psychoactives** qui doivent rester une préoccupation des membres des communautés éducatives.



## - Bibliographie -

- **Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolution depuis 10 ans (enquête ESPAD 2003).**- *Tendances*, n° 35, mars 2004
- BONAFE-SCHMITT J. P.- **La médiation scolaire par les élèves.**- Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur, (Coll. Actions Sociales/Confrontations), 2000.- 214 p.
- CASTILLO F.- **Le chemin des écoliers : l'éducation à la santé en milieu scolaire.**- Bruxelles : De Boeck Université, (Coll. Savoirs et santé), 1987.- 373 p.
- CRIPS.- **Prévention de la toxicomanie en milieu scolaire : expériences européennes.**- Paris : Conseil Régional d'Ile de France, 11 mai 2000, Lettre d'information du CRIPS, n° 54, 2000.- 8 p. (Document Toxibase N° 205609)
- DELZENNE V., OSSCINI H., ANTIPOFF N.- **Prévention des toxicomanies en milieu scolaire. Utilité, limite.**- *Psychologie Médicale*, 1993, vol. 25, n° 12.- p. 1185-1187 (Document Toxibase 101098)
- INRP, BACHMANN C., KARSENTI M.- **Prévention des toxicomanies en milieu scolaire.**- Paris : INRP, 1996.- 144 p.
- INSERM.- **Education pour la santé des jeunes : démarches et méthodes. Synthèse et recommandations.**- Paris : Les Editions INSERM, 2001.- 40 p. (Document Toxibase n° 901137)
- LE REST P.- **Les jeunes, les drogues et leurs représentations.** Paris : L'Harmattan, 2000.- 188 p.
- LESELBAUM N.- **L'éducation à la santé en milieu scolaire : quelles approches des conduites addictives ?** *Revue documentaire Toxibase* 1997, n° 1.- p. 1-19 (Document Toxibase n° 204043)
- MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE.- **Les comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté. Année scolaire 2001-2002.**- Paris : Ministère de

l'Education Nationale, Direction de l'Enseignement scolaire, Service des établissements, DESCO B4, 2003.- 24 p. (N° Toxibase 700785)

- OFDT, INSERM, CHOQUET M., LAGADIC C.- **Evaluation en milieu scolaire d'un programme de prévention primaire en matière de toxicomanie.**- INSERM – Unité 472, Convention d'étude OFDT n° 97-01, Paris : OFDT, 1999.- 109 p.
- MILDT, CFES, **Drogues, savoir plus risquer moins**, avril 2000
- BULLETIN OFFICIEL DE L'EDUCATION NATIONALE DE LA RECHERCHE ET DE LA TECHNOLOGIE, **Repères pour la prévention des conduites à risques**, Hors-série, Volumes 1 et 2 4 novembre 1999
- Ministère de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la Recherche, Direction de l'enseignement scolaire, **Lutte contre la drogue et prévention des dépendances**, CNDP, Collection « Repères », juin 2002
- VALLEUR M., VELEA D., **Les addictions sans drogues**, Thema, Revue TOXIBASE, juin 2002
- MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE, **Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège**, janvier 2004

## - ANNEXE -

Principaux textes réglementaires concernant la santé des élèves et l'éducation à la santé à l'école :

- note du 15 octobre 1995 relative aux poids des cartables
- circulaire n°96-158 du 31 mai 1996 concernant les jeunes et l'alcool
- circulaire n°97-123 du 23 mai 1997 relative à la mission des enseignants
- circulaire n°98-108 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative à la prévention des conduites à risques et comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)
- circulaire n°98-140 du 7 juillet 1998 relative à l'éducation à la citoyenneté dans l'enseignement primaire et secondaire
- circulaire n°98-237 du 24 novembre 1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège
- circulaire n°98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'éducation à la sexualité
- circulaire n°99-135 du 20 septembre 1999 relative à la campagne de lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées auprès des lycéens – année 1999-2000
- circulaire n°99-175 du 2 novembre 1999 relatives aux repères pour la prévention des conduites à risques dans les établissements scolaires (avec MILDT)
- circulaire n°2001-012 du 12 janvier 2001 relative aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves. B.O. spécial n°1 du 25 janvier 2001
- circulaire n°2001-013 du 12 janvier 2001 relative aux missions des médecins de l'éducation nationale
- circulaire n°2001-014 du 12 janvier 2001 relative aux missions des infirmières de l'éducation nationale
- circulaire du 25 avril 2002 relative à la santé des élèves et à la politique de santé en faveur des élèves
- circulaire n°2001-118 du 25 juin 2001 relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments

- circulaire n°2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles en application de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception
- circulaire n°2002-004 du 3 janvier 2002 relative à la sécurité alimentaire et aux bons gestes
- circulaire DESCO/B4 n° 2003-210 du 1<sup>er</sup> décembre 2003 concernant la santé des élèves :le programme quinquennal de prévention et d'éducation.